様 式 １

保健文化賞候補者調書 個人の部(2025年度)

　 　　2025年　　月　　日現在

|  |
| --- |
| 略　　　　　歴 |
| 応募 | [ ] 新規 ・ [ ] 再応募（過去　回・応募年度： 年） |
| 主な活動の分野(分野の前に○をつける。複数選択可。※複数の場合は、主たる分野の前に必ず◎を1つける。) |  　 | 地域保健・地域医療 |   | 健康増進・疾病予防 |   | 感染症 |   | 難病・障害者保健 |
|   | 精神保健 |   | 高齢者保健・介護 |   | 母子保健 |   | 学校保健 |
|   | 歯科保健 |   | 食品保健 |   | 産業保健 |   | 生活衛生 |
|   | 国際保健 |   | 少子化対策 |   | その他 |  |  |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 候補者氏名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 職　業 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 生年月日　　　　  |  年　 月　 日　　( 年 月 日で満 歳) | 性別[ ] 男　　[ ] 女 |
| 自宅住所※市町村まで記入 | 　　 　　(都・道・府・県を選択してください)　 (市・郡・区を選択してください) (町・村・区を選択してください) |
| 団体名称※団体に所属されている場合は、社格を含めた正式名を記入 | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 団体名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 代表者 | 役　職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 職　　　　　歴 |
| 期　　間 | 項　　目 |
|  |  |

（個人） 　　　　　　 　様 式 ２

|  |
| --- |
| 学　歴　・　表　彰　歴　等 |
| 学　　　　　歴 |
| 期　　間 | 項　　目 |
|  |  |
| そ の 他 の 役 職 歴 |
| 期　　間 | 項　　目 |
|  |  |
| 叙 勲 お よ び 褒 章 受 章 歴 （ [ ]  有 ・ [ ]  無 ） |
| 年　月　　 |  | 種 類 |  |
| 保 健 文 化 賞 受 賞 歴 （ [ ]  有 ・ [ ]  無 ） |
| 個　人 | 団　体（受賞団体の代表者であった場合記入） |
| 年　月　　 |  | 年 月 |  | 団 体 名 |  |
| 厚 生 労 働 大 臣 表 彰 歴（個人及び団体）（ [ ]  有 ・ [ ]  無 ）※医療功労賞の都道府県表彰の場合は、”都道府県医療功労賞”と明記してください。 |
| 年 月 | 賞　名 | 団　体　名(受賞団体の代表者であった場合記入) | 表　彰　事　項 |
|  |  |  |  |
| そ の 他 の 表 彰 歴 （ [ ]  有 ・ [ ]  無 ） |
| 年　月 | 賞　名 | 表彰者 | 表彰事項 |
|  |  |  |  |
| 処罰歴・その他特記事項（個人及び団体）（ [ ]  有 ・ [ ]  無 ） |
| 年　月 | 事　　由（自身が代表を務めていた団体についても団体名明記のうえ記入） |
|  |  |

（個人） 　　　　　　　　　　　　様 式 ３

|  |
| --- |
| 活　動　の　概　要 |
| 活動の要旨（100字以内）］

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| ［活動の概要］※特に力を入れたあるいは入れている内容、特記すべき内容等を簡潔に記入 |
| 活動継続年数 | 年 月 日時点で　 年　　 ヶ月（　 年　 　月 ～　 　年　 　月）※活動継続年数に条件がありますので、募集要綱「応募にあたっての留意事項」を必ずご参照ください。 |
| 利益相反 | 活動内容に関連する利益相反の有無　　　　　（　有り　[ ] 　　／　　無し　[ ] 　）※有りに該当の場合、事務局より詳細を確認させていただきます。 |

（個人） 　　　　　　 　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 式 ４

|  |
| --- |
| 活　動 の 業 績 |
| 期　　間 | 内　　容 |
|  | ※取組内容について簡潔に時系列にて記入（再応募の場合は、前回応募時以降の業績についても記入すること） |

（個人） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 式 ５

|  |
| --- |
| 活　動　の　成　果 |
| ※評価すべき根拠となる数値等を踏まえ、活動全体を簡潔に統括して記入　（再応募の場合は、前回応募時以降の成果についても記入すること） |

（個人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 式 ６

|  |
| --- |
| 将　来　に　お　け　る　活　動　計　画 |
| ※具体的に予定されている事業、将来の活動の方向性等を記入 |

（個人）　推薦者記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 式 ７

|  |
| --- |
| 推　薦　者 |
| **団体**として推薦の場合 | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ※団体公印を押印 |
| 団体名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | 印 |
| 代表者 | 役　職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **個人**として推薦の場合　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 職　業 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | ※個人印を押印 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | 印 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 推　薦　事　項 |
| ※推薦する活動内容の特徴を簡潔に記入（100字以内）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 推　薦　理　由 |
| ※応募者との関係性を明記のうえ、優れている点、評価すべき点、評価すべき根拠となる数値等をもって具体的に記入ここをクリックしてテキストを入力してください。 |

（個人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 式 ８

|  |
| --- |
| **応募に関する照会に利用するため、以下の項目についてご記入ください。**記入いただいた内容については、主催の第一生命保険株式会社が審査や賞に係る諸手続きのみに使用し公開されることはありません。 |
| **候補者記入欄** |
| 候補者 | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先（自宅）※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | **〒** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先（所属団体）※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 所属団体名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **〒** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 実務担当者 | 所属・役職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先（実務担当者）※上記と同じ場合は記入不要※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | **〒** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※アンケートにご協力ください。・今回保健文化賞を応募するに至った経緯を教えてください。（複数回答可）1.ご自身の意向[ ] 以前から知っていた[ ] HPを見て（第一生命 ・ 厚生労働省 ・ その他　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）　　※上記HPを見たきっかけ　　　　　　　・別の用件で見た　　　　・他のサイトからリンクされていた（サイト：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　・検索した（検索ワード：　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　・その他（　　　　 　　　　　 　　　　　）[ ] ポスターを見て[ ] 募集告知を見て　（新聞　・　TV　・　ラジオ　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 第一生命職員からの案内　（誰から：　支社名/　　　　　　　　　 　　担当者名/　　　　　　　　　 　　）2.推薦・紹介されて　（誰から：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）3.その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） |
| **その他、特記事項等あれば以下にご記入ください。** |
|  |

（個人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 式 ９

|  |
| --- |
| **応募に関する照会に利用するため、以下の項目についてご記入ください。**記入いただいた内容については、主催の第一生命保険株式会社が審査や賞に係る諸手続きのみに使用し公開されることはありません。 |
| **推薦者記入欄** |
| 推薦団体名／推薦者氏名※印は不要です | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 団体名または氏名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 代表者※推薦者が団体の場合 | 役　職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | **〒** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 実務担当者 | 所属・役職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先（実務担当者）※上記と同じ場合は記入不要※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。　 | **〒** | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※アンケートにご協力ください。・保健文化賞については各種媒体にてお知らせしています。ご存知のものを教えてください。（複数回答可）[ ] 第一生命・厚生労働省からの推薦依頼文書[ ] HP（第一生命 ・ 厚生労働省・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 ）[ ] ポスター[ ] 新聞　（募集告知・受賞者に関する記事等・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 雑誌　（募集告知・受賞者に関する記事等・その他　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　）[ ] TV・ラジオ　　（募集告知・受賞者に関するニュース等・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　）[ ] 第一生命職員からの案内　（誰から：　支社名/　　　　　　　　　 　　担当者名/　　　　　　　　　 　　　）[ ] その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| **その他、特記事項等あれば以下にご記入ください。** |
|  |

～以上で、調書の記入は終わりです～