静岡県学校保健会

健康推進学校応募票

学校種に〇を付ける（　小学校　　中学校　　高等学校　　特別支援学校　）

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  学校名 |  | | | | 学校所在地 |  | | |
| 校長氏名 |  | | 保健主事氏名 |  | | 養護教諭氏名 | |  |
| 児童生徒数（5/1現在）  ※特別支援学級児童生徒を含む | | 人 | | | 学　級　数  ※特別支援学級を含む | | 学級 | |
| (1)健康教育の推進（計画の策定状況、組織的な活動の実施状況　等） | | | | | | | | |
| (2)学校保健委員会の実施（開催回数、主な協議題、内容、方法　等） | | | | | | | | |
| (3)各活動実施の積極性、保護者の協力　等 | | | | | | | | |
| (4)その他（学校保健に関する最近3年間の表彰と研究発表　等） | | | | | | | | |

※添付資料（学校保健計画等）は不要

※(1)～(4)の(　)内の内容については、必ず記載すること。