

基隆市衛生局
113 年度基隆市代謝症候群防治
【量腰你我他，福氣到我家！】有獎徵答活動

壹、前言：

過去觀念認為大腹便便是福氣及財富的象徵，但現代研究卻發現腹部肥胖是內臟脂肪堆積的現象，而內臟脂肪活性大，會釋出游離脂肪酸，流入肝臟導致胰島素阻抗，增加罹患糖尿病和其他各種代謝性疾病的機會。

代謝症候群是可預防可治療的，如不及早檢查治療，得到糖尿病、高血壓、高血脂及心臟病的風險比一般人增加 3~6 倍。依據 110 年國人十大死因統計結果，一半以上都是慢性疾病，如心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、高血壓性疾病等，可見慢性疾病帶來的危害不容忽視，應從前期預防代謝症候群，避免日後發展至疾病階段，造成不可挽回的健康危害。

為早期預防並控制代謝症候群，**最簡易的監測方法就是量測腰圍**，從危險因子著手，**進而降低慢性疾病的發生**。依據國民健康署 109 年成人預防保健服務資料顯示，40 歲以上接受成人預防保健服務的民眾中，就有超過 6 成腰圍過粗且有代謝症候群。

本活動藉由有獎徵答過程中，使民眾瞭解代謝症候群的預防需仰賴自身覺察疾病嚴重性，透過健康飲食、規律運動及養成良好的生活型態，平時就要排解心理壓力、定期健康檢查、避免抽菸、減少飲酒，加上隨時測量腰圍，監測數據變化，以降低代謝症候群及慢性病發生的機率，希望扭轉過去觀念，宣導腰圍控制於正常範圍內，才能真正遠離慢性疾病，迎接幸福人生。

貳、主辦單位：基隆市衛生局

參、協辦單位：基隆市政府教育處

肆、對象：就讀基隆市國小、國中及高中職在校生、居住基隆市 18 歲以上民眾。

伍、活動期間：113 年 6 月 1 日 0 時起至 113 年 6 月 30 日 24 時止。

陸、抽獎方式及獎項：由本局以電腦隨機抽出 50 名幸運兒，每位可獲得 500 元禮券。

柒、領獎期間：113 年 7 月 17 日至 113 年 7 月 31 日。

捌、領獎方式：

一、自行領取：領獎期間內請中獎者攜帶本人身份證，自行至基隆市衛生局（基隆市信義區信二路 266 號 4 樓）保健科領取，非本人請攜帶委託書及受委託人身分證。

二、就讀本市國小、國中及高中職在校生：獲獎者將發文請學校協助發送禮券及家長通知單，不適用前項領取方式。

三、逾期未領取、投遞失敗、無法聯繫及確認者，視同放棄。

玖、活動辦法：

一、線上填寫基隆市 113 年【量腰你我他，福氣到我家！】有獎徵答活動問卷(網址 <https://forms.gle/E4AeneefbNpZML8x8>)。

二、報名資料：

問卷將蒐集真實姓名電子郵件、手機號碼及連絡電話。學生另填寫就讀學校、班級及座號，並勾選家長或法定監護人陪同填寫欄位。

三、抽獎資格：後測分數達 80 分者獲得一次抽獎資格，僅限使用本人以一組 google 帳號抽獎一次。

1. 活動結束後統計得獎名單，公告於本局 E 化博物館臉書粉絲專頁及本局官網週知。

四、其他

(一)注意事項：

1. 參與本活動應留下真實姓名及個人聯絡方式，以利主辦單位後續聯繫與通知。若得獎者資料填寫不完整或不正確，將導致無法順利聯繫。
2. 每人僅有乙次獲獎機會，若疑似同一人重覆得獎，主辦單位得要求以指定方式確認身份，若參加者無法配合，主辦單位有權取消其得獎資格。
3. 得獎名單公布於本局 E 化博物館及本局官網，主辦單位將以當初獲獎人於有獎徵答問卷填寫之方式發送獎品，自行領取者，以 e-mail 或電話或郵寄通知得獎者領獎方式與相關領獎須知，得獎者應依郵件通知期限內至指定地點領獎。逾期、身分不符合或聯絡地址錯誤未寄達者，皆視同放棄該得獎資格，不得以任何理由，要求補發。
4. 本次活動計畫如有未盡事宜，主辦單位保留更改活動內容、規則、獎項之權利及對於本活動辦法之最終解釋權。如有不可抗力事由致無法執行本活動時，並有權取消、終止、延期或暫停本活動，由主辦單位隨時於本局官網更新，不須另行通知或取得參加者同意。
5. 依所得稅法規定中獎獎項價值，若屬本局其它獎項全年累計超過新台幣 1,000 元(含)以上時，必須申報綜合所得稅，獲獎者本局將依規定進行登錄，並依法保障個資。

(二)個人資料蒐集告知及聲明

1. 本局將依個人資料保護法及相關法令之規定下，依隱私權保護政策，蒐集、處理及合理利用您的個人資料。
2. 目的：基於辦理「基隆市 113 年【量腰你我他，福氣到我家！】有獎徵答活動」，發放相關宣導品、禮券、活動資訊通知及聯絡使用。
3. 若您未提供正確之個人資料，本局將無法為您提供特定目的之相關業務。

委託書

附件一

本人_____（委任人姓名）因無法親自前往領取貴局
113 年度基隆市代謝症候群防治【量腰你我他，福氣到我家！】
有獎徵答活動禮券，特委任_____（受任人姓名）代為前往
領取，並授權代理本人具領對該項事物有關之一切證明文件是
實。

此致

基隆市衛生局

委任人：（簽名或蓋章）

身分證號：

電話：

住址：

受任人：（簽名或蓋章）

身分證號：

電話：

住址：

中 華 民 國 年 月 日