

申込期限:平成 28 年 7 月 15 日(金) (必着)

FAX:077(536)5211

平成 28 年度特定健診・特定保健指導実践者育成研修 参加申込書

フリガナ		職 種	
氏 名		経験年数	職 歴 年 特定保健指導歴 年
受講経験	初めて ・ 過去にあり(いつ:) ・ 不明		
特定保健指導実施予定	実施予定あり(積極的支援 ・ 動機づけ支援 ・ 情報提供) ・ 実施予定なし		
* 受講案内の送付先 → ご自宅 ・ 所属先			
フリガナ		E-mail	
自宅住所	〒 ー	TEL	
		FAX	
フリガナ			
所属先名			
フリガナ		E-mail	
所属先住所	〒 ー	TEL	
		FAX	
修了証希望	希望する ・ 希望しない		<p>* 修了証は、受講申込書で希望され、所定の課程を修了した方に発行します。</p> <p>* 「技術編」の修了証を希望される場合は、技術編①～③のすべての研修を受講していただく必要があります。</p>
受講分野	○	受講日時	
基礎編		第 1 日:H28.8.4. 10:00～13:30	
技術編	①	第 1 日:H28.8.4. 13:30～16:30	
	②	第 2 日:H28.8.22 10:30～17:00	
	③	第 3 日:H28.9.16. 13:00～16:30	
計画・評価編		第 3 日:H28.9.16. 10:00～12:00	

<連絡事項>

{ }