

平成 30 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			職 歴 年	
		経験年数	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:8 月 30 日(木)10:00~12:30		
技術編		① 第 1 日:8 月 30 日(木)13:30~16:30		
		② 第 2 日:9 月 3 日(月)10:30~17:10		
		③ 第 3 日:9 月 28 日(金)13:00~16:30		
計画・評価編		第 3 日:9 月 28 日(金)10:00~12:00		