

申込期限:令和元年7月12日(金) (必着)

FAX:077(536)5211

令和元年度 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	
受講分野	○	受講日時	○
基礎編		第1日:7月25日(木) 10:00~17:00	応用編
		第2日:8月19日(月) 10:00~16:00	
		第3日:8月28日(水) 10:00~16:40	
		第1日:7月25日(木) 13:30~17:00	
		第2日:8月19日(月) 10:00~12:00	
		第4日:8月29日(木) 10:00~17:00	

\* 個人情報<sup>※</sup>は財団が定める「個人情報の取り扱いについて」<sup>※</sup>当財団ホームページにてご確認頂くことができますに<sup>※</sup>従って適切に保管し、この研修運営以外の目的では使用致しません。