

令和5年度 特定健康診査・特定保健指導経験者研修会申込書

FAX : 045-243-2019

令和5年 月 日

以下について記載してください。

フリガナ	優先順位 () 位							
氏名	<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> <p>※修了証を作成しますので、大きな字ではっきりと記載してください。</p>							
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (修了証に記載するため)							
職種 ○をつけて下さい	①医師 ②保健師 ③管理栄養士 ④栄養士 ⑤看護師 ⑥歯科衛生士 ⑦健康運動指導士 ⑧事務職 ⑨その他							
特定健診 特定保健指導	業務経験年数 年 月							
参加動機								
所属機関名								
○をつけて下さい	①市町村国民健康保険部門 ②市町村衛生部門 ③国民健康保険組合 ④健康保険組合 ⑤全国健康保険協会 ⑥後期高齢者医療制度広域連合 ⑦病院・クリニック ⑧健診センター ⑨薬局 ⑩民間事業者 ⑪保健福祉事務所 ⑫その他 ()							
住所	〒							
電話	電話番号 (日中に連絡のできる番号) — —							
連絡先 メールアドレス								
参加方法 ○をつけてください	対面参加・Zoom (リモート) 参加							
修了証の発行希望 ○をつけてください	有り・無し							

●特定健診・保健指導の制度や保健指導の方法等について、講師にご質問・ご意見があればご記入ください。

質問事項等