令和５年度　特定健康診査・特定保健指導初任者研修会申込書

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 |   |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  ※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。 |
| 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 |  |
| 参加方法〇をつけてください | Ｚｏｏｍ（リモート）・対面　参加 |
| 修了証の発行希望〇をつけてください | 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 |