

岐阜県保健医療課 居波宛

FAX 058-278-2624

別紙1

※提出期限

平成22年8月9日(月)

平成22年度特定健診・保健指導実践者育成研修会申込書

所 属		
住 所		
担当課等		
担 当 者	氏名	
	電話	
	FAX	
	e-mail	

優先 順位	氏 名	職 種	基礎編	技術編		計画・評価編	19年度～ 21年度 修了分に ○印
				前編	後編		
			9/1 午前	9/1 午後	9/2 終日	9/3 終日	
1							基礎編 技術編 計画評価編
2							基礎編 技術編 計画評価編
3							基礎編 技術編 計画評価編
4							基礎編 技術編 計画評価編
5							基礎編 技術編 計画評価編

※1 技術編、計画・評価編は基礎編を受講した者とする。(技術編は事務職を除く)

また、計画・評価編は、健診・保健指導実施機関に従事する者は受講不要とする。

※2 申し込む講座の枠内に○印を記載してください。

※3 多数申し込みの場合は、未修了者が優先となります。