

地域母子保健研修会 申込書

受講を希望されるコース NO に○をつけてください。

コース NO	研 修 会 名	研 修 期 間	申 込 期 間
1	乳幼児保健・育児支援	R3. 7/13～7/14	5/17～5/28
2	乳幼児保健（発達障害児・児童虐待予防の支援・先天性代謝異常症）	R3. 8/18～8/19	6/14～6/25
3	母子保健活動における児童虐待予防	R3. 9/8～9/9	7/8～7/20
4	乳幼児期に見られる諸問題	R3. 11/10～11/12	9/6～9/17
5	発達障害児の早期発見と支援（思春期含む）	R3. 12/7～12/9	10/4～10/15
6	地域における妊娠・出産・育児の切れ目ない支援	R3. 12/16～12/17	10/11～10/22
7	地域栄養活動～妊産婦から子ども～	R4. 1/20～1/21	11/15～11/26
8	低出生体重児の成長と支援・対応の難しい親の理解と支援	R4. 1/26～1/27	11/22～12/3
ふりがな			性 別
氏 名			女 ・ 男
勤務先名称			
部(課科)名			
受講決定通知書 送付先住所	〒		
連 絡 先	TEL () 携帯 (緊急時連絡先) () E-mail ()		
職 種 <small>*現職場での資格に ○をつけてください</small>	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 保育士 5. 管理栄養士 6. 栄養士 7. その他 ()		
年 齢	1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代以上 ○をつけてください		
経 験 年 数	1. 5年以下 2. 6～10年 3. 11～15年 4. 16～20年 5. 21～30年 6. 31年以上 ○をつけてください		

上記のとおり申込みします。

令和 年 月 日

<受講決定通知について> 受講可能な方には、申込み締切日以降 10 日を目途に送付します。

決定通知書の送付について希望する方法に○をつけてください。 ・郵送にて ・メールにて

※貴職場において所属長宛にも受講決定通知書が必要な方は、所属長の役職・氏名を下記にご記入ください。
申込み者宛の受講決定通知に同封してお送りいたします。

職場名

役職名

氏名