

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。

研修会名		研修期間	申込期間
地域母子保健	1. 乳幼児保健・育児支援	29.6/21～6/22	5/8～5/16
	2. 乳幼児期に見られる諸問題	29.7/12～7/14	5/22～5/30
	3. 発達障害児の早期発見と支援	29.11/14～11/16	9/11～9/19
	4. 乳幼児保健：大阪編	29.11/28～11/30	9/19～9/26
	5. 地域栄養活動～妊産婦から子ども～	30.1/18～1/19	10/30～11/7
	6. 低出生体重児の成長と支援	30.1/25～1/26	11/20～11/28
	7. 地域母子保健と保健師活動	30.1/31～2/1	12/4～12/12
	8. 母子保健活動における児童虐待予防①東京	29.6/6～6/8	5/1～5/9
	8. 母子保健活動における児童虐待予防②大阪	29.7/31～8/2	6/12～6/20
	8. 母子保健活動における児童虐待予防③福岡	29.10/4～10/6	7/18～7/25
9. 周産期の母子保健における支援	30.2/8～2/9	12/11～12/19	
新生児スクリーニング事業（先天性代謝異常症等検査事業）研修会		29.6/30	5/15～5/23
周産期医療研修会	1. 医師Aコース：産科編	29.7/20～7/21	6/5～6/13
	2. 医師Bコース：NICU編	28.9/4～9/7	6/19～6/27
	3. 看護Aコース：産科編	29.11/8～11/10	9/4～9/12
	4. 看護Bコース：NICU編	29.12/6～12/8	10/2～10/10
	5. 看護Bコース：NICU編 地方開催	30.2月開催予定	
ふりがな			性別
氏名			女・男
勤務先名称			
部(課科)名			
勤務先住所等	〒 TEL () FAX () E-mail ()		
職種 <small>*現職場での資格に○をつけてください。</small>	1. 医師（小児科・NICU） 2. 医師（産婦人科） 3. 保健師 4. 助産師 5. 看護師 6. 保育士 7. 検査技術者 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. 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		
緊急連絡先	(携帯番号など教えてください)		

上記のとおり申込みします。

平成 年 月 日

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