|  |
| --- |
| 受講を希望されるコースNOに〇をつけてください。　 |
| 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 | 30. 6/19～ 6/20 |  5/ 7～ 5/15 |
| 2．母子保健活動における児童虐待予防 | 30. 6/26～ 6/28 |  5/14～ 5/22 |
| 3．乳幼児期に見られる諸問題 | 30. 7/11～ 7/13 |  5/28～ 6/ 5 |
| 4．乳幼児保健：大阪編 | 30.10/ 9～10/11 |  7/23～ 7/31 |
| 5．発達障害児の早期発見と支援 | 30.10/16～10/18 |  7/30～ 8/ 7 |
| 6．地域における妊娠･出産･育児の切れ目ない支援 | 30.11/29～11/30 |  9/21～10/ 2 |
| 7．地域栄養活動～妊産婦から子ども～ | 31. 1/17～ 1/18 | 11/ 5～11/13 |
| 8．低出生体重児の成長・対応の難しい親の理解と支援 | 31. 1/23～ 1/24 | 11/19～11/27 |
| 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 | 30. 6/22  |  5/21～ 5/29 |
| 周産期医療研修会 | 1．医師Ａコース：産科編 | 30. 7/26～ 7/27 |  6/ 4～ 6/12 |
| 2．医師Ｂコース：NICU編 | 30. 9/ 3～ 9/ 5 |  6/25～ 7/ 3 |
| 3．看護Ａコース：産科編 | 30.11/20～11/22 |  9/10～ 9/18 |
| 4．看護Ｂコース：NICU編 | 30.12/11～12/13 | 10/ 9～10/16 |
| 5．看護Ｃコース：NICU編　地方開催 | 31.2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\*現職場での資格に〇をつけてください。 | 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