

# 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
地域母子保健研修会	1. 母子保健活動における児童虐待予防	19. 6/11～6/13	4/26～5/14
	2. 乳幼児保健・育児支援	19. 6/18～6/19	5/10～5/21
	3. 乳幼児期に見られる諸問題	19. 7/10～7/12	5/24～6/4
	4. 乳幼児保健 (発達障害児・児童虐待の支援・先天性代謝異常症)	19. 9/18～9/19	7/16～7/30
	5. 発達障害児の早期発見と支援 (思春期含む)	19. 10/1～10/3	7/29～8/13
	6. 地域における妊娠・出産・育児の切れ目ない支援	19. 11/28～11/29	9/17～10/1
	7. 地域栄養活動～妊産婦から子ども～	20. 1/16～1/17	11/5～11/19
	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	20. 1/22～1/23	11/18～12/3
周産期医療研修会	1. 周産期医療研修会 1 (産科)	19. 7/18～7/19	5/31～6/11
	2. 周産期医療研修会 2 (小児科)	19. 9/9～9/11	7/1～7/16
周産期看護研修会	1. 周産期看護研修会 A (NICU①)	19. 7/23～7/24	6/14～6/25
	2. 周産期看護研修会 B (産科)	19. 11/19～11/21	9/2～9/17
	3. 周産期看護研修会 C (NICU②)	19. 12/11～12/12	10/7～10/21
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. 管理栄養士 8. 栄養士 9. 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。

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