様式1

**研 修 会 申 込 書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  \*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.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