|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 1 | 乳幼児保健・育児支援  **コース**  NO | | 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 | | （ 自宅 ・ 勤務先 ）＊〇をつけてください  〒 | | |
| 連絡先 | | TEL（　　　　　　　　　　　　　　　） 携帯（緊急時連絡先）（　　　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） | | |
| 職　　種  ＊現職場での資格に  〇をつけてください | | 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 | | |

**地域母子保健研修会 申込書**

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〇をつけてください。　　**・**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