

# 地域母子保健研修会 申込書

受講を希望されるコース NO に○をつけてください。

コース NO	研修会名	研修期間	申込期間
1	乳幼児保健・育児支援	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）*○をつけてください 〒		
連絡先	TEL（ ） 携帯（緊急時連絡先）（ ） E-mail（ ）		
職種 <small>*現職場での資格に ○をつけてください</small>	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		

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○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