

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（発達障害児・児童虐待予防の支援・先天性代謝異常症）	R4.6/1～6/2	4/18～5/6
2	母子保健活動における児童虐待予防	R4.8/3～8/4	6/1～6/13
3	乳幼児保健・育児支援	R4.8/23～8/24	6/22～7/4
4	乳幼児期に見られる諸問題	R4.9/14～9/16	7/13～7/25
5	発達障害児の早期発見と支援（思春期含む）	R4.10/11～10/13	8/10～8/22
6	地域における妊娠・出産・育児の切れ目ない支援	R4.12/1～12/2	10/5～10/17
7	地域栄養活動～妊産婦から子ども～	R5.1/19～1/20	11/16～11/28
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	R5.1/25～1/26	11/22～12/5

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 送付先住所等	(自宅・勤務先) *○をつけてください 〒 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 ()	
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	

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、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