**令和６年度保健指導実践者育成(初任者)研修 参加申込書**

機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

連絡先:TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　 　　　　　　　　 E-mail

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 所属 | 職種 | ふりがな  氏　　名 | 現在、特定保健指導に  従事していますか | 参加（○・×） | | |
| 7/17（水）  午後 | 7/18（木）  午前 | 7/18（木）  午後 |
| １ |  |  |  | ①有（現職種での保健指導経験年数**（　　）年**）  ②無 |  |  |  |
| ２ |  |  |  | ①有（現職種での保健指導経験年数**（　　）年**）  ②無 |  |  |  |
| ３ |  |  |  | ①有（現職種での保健指導経験年数**（　　）年**)  ②無 |  |  |  |

**※　5月10日(金)まで**に郵送、メール、FAX等でお申込ください。

※　定員：70名程度　**(申込み状況によっては各機関の人数の制限をさせていただく場合があります。)**

※　**研修会事前アンケート記入し必ず提出してください。**

事前アンケートは、受講生1人につき1枚提出してください。

※　昼食：会場自席での食事は可能です。

**申込先**

〒760-8570　香川県高松市番町4-1-10

香川県健康福祉部 健康福祉総務課

健康づくり・糖尿病対策グループ　南部

TEL　087－832－3273　FAX　087－806－0209

E-mail fx3139@pref.kagawa.lg.jp

※　駐車場：近隣の有料駐車場をご利用ください。