

# 令和5年度 特定健康診査・特定保健指導初任者研修会申込書

FAX：045-243-2019

令和5年 月 日

以下について記載してください。

|                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名                    | <table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p>※修了証を作成しますので、大きな字ではっきりと記載してください。</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                  | 昭和・平成 年 月 日生（修了証に記載するため）  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 職種<br>○をつけて下さい        | ①医師 ②保健師 ③管理栄養士 ④栄養士 ⑤看護師 ⑥歯科衛生士<br>⑦健康運動指導士 ⑧事務職 ⑨その他  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定健診<br>特定保健指導        | 業務経験年数 年 月  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加動機                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属機関名                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○をつけて下さい              | ①市町村国民健康保険部門 ②市町村衛生部門 ③国民健康保険組合<br>④健康保険組合 ⑤全国健康保険協会 ⑥後期高齢者医療制度広域連合<br>⑦病院・クリニック⑧健診センター ⑨薬局 ⑩民間事業者 ⑪保健福祉事務所<br>⑫その他（ ）  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                    | 〒   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話                    | 電話番号（日中に連絡のできる番号）<br>— —  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先<br>メールアドレス        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加方法<br>○をつけてください     | Z o o m（リモート）・対面 参加   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 修了証の発行希望<br>○をつけてください | 有り・無し   |  |  |  |  |  |  |  |  |

●特定健診・保健指導の制度や保健指導の方法等について、講師にご質問・ご意見があればご記入ください。

|       |  |
|-------|--|
| 質問事項等 |  |
|-------|--|