

別紙

送付先 (送付文不要) 石川県健康福祉部健康推進課 健康づくり推進グループ  
(FAX : 076-225-1444)

平成 29 年度「特定健診・特定保健指導従事者研修会」参加申込書

- ※ 下記 (連絡先、参加希望者) に必要事項をご記入下さい。
- ※ 当研修を初めて受講される方は、○をおつけ下さい。
- ※ 修了証は必要者のみ交付しますので希望される場合は氏名を明確にご記入下さい。  
修了証については、修了証がないと特定保健指導に従事できない場合等  
真に必要とされる方のみ、ご希望くださいますようお願いいたします。

◆連絡先

機関名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

◆参加希望者 (参加希望日及び修了証の交付を希望される場合は○をつけてください)

職 種	初めて 参加の方 は○	氏 名	8/6 (日)	8/19 (土)	8/26 (土)	修了証 希望

\* 提出期限    8月 6日 (日) 研修会 : 7月 21日 (金)  
                  8月 19日 (土) 研修会 : 8月 4日 (金)  
                  8月 26日 (土) 研修会 : 8月 10日 (木)