

石川県栄養士会 事務局 あて  
FAX 076-259-5062

令和元年度「特定健診・特定保健指導従事者研修会」参加申込

※修了証は必要な方のみ交付しますので、参加希望される方は氏名を明確に記入ください。

連絡先

所属

---

住所

---

電話番号

---

参加希望者

参加希望日およ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	氏名	特定健診 指導従事 年数	7/22 (月)	8/31 (土)	修了証 希望
			( )	( )	
			( )	( )	
			( )	( )	
			( )	( )	

※初参加は ( ) 内に○をつけてください。

8/31 (土) 実践者研修に参加される方は、特定保健指導をされていて困難に  
思う事例 (自分にとって難しい、困難なこと) について記載してください。

( )

<申込締切> 締め切り後のお申し込みはお受けいたしません。

7月22日 (月) 初任者：7月8日 (月) 締切

8月31日 (土) 実践者：7月29日 (月) 締切