山口県健康づくりセンター

健康企画・研修班　　　　　　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　**ＦＡＸ　　０８３－９３４－２２０９**

**オンライン研修**

**母子保健研修(第３回）　受講申込書**

令和６年（２０２４年）　　　月　　　日

公益財団法人山口県健康福祉財団

山口県健康づくりセンター長

所属

〔ＴＥＬ 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　〕

〔ＦＡＸ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

標記研修会に、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　　名（係･班名） | 氏　　名 | 職　種 | 経験年数※現在の職の年数　初年度を１として算定 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |
| ●受講方法等の通知先　（12月13日（金）までに受講方法、ID・パスコードをメールでお知らせします）（E-mail:　　　　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ●事前の接続試験について　本研修はオンライン（Zoom）での受講となります。事前の接続試験を希望されますか。　どちらかに〇をつけて下さい。　　**【　　希望する　　・　　希望しない　　】** |

●今回の研修内容について下記をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 講義名 | 学びたいこと・質問等 |
| 行政説明 |  |
| 講義１ |  |
| 講義２ |  |
| 講義３ |  |

＊スペースが不足の場合は、別紙添付で提出してください。＊質問は、お送りいただいた全てに対応できない場合もあります。

申込期限： 令和 ６年１１月２９日（金）