　山口県健康づくりセンター

　健康企画・研修班　　あて

地域保健課題評価研修会　申込書

　 　　　　　令和６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 様

　　　 所属

　 　　 〔ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　〕

　 　　 〔ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　〕

標記研修会に、下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 課名（係・班名） | 役　職 | 職　種 | 経験年数**＊1** |
|  |  |  |  |  |
| テーマ（事業） | | | | |
| 個人連絡用E-mailアドレス**＊２**  　アドレスの記入（楷書体で丁寧に記入して下さい）  ※できるだけ個人連絡用E-mailアドレスから申込書の送付をお願いします。  ※アドレスを一覧表にて配布しますので、ご了承下さい（詳細は下記**＊２**参照） | | | | |

**＊１**　経験年数は、採用された年を1年として経過した満年数を記入してください。（産休育休などを差し引かないこと）

**＊２**　本研修は、課題の提出や随時の諸連絡などが多い研修であり、研修開催者、プリセプター、受講者相互との諸連絡、課題の送付などにメールを使用しています。そのため、上記のアドレスを研修初日に全員に一覧表で配布しますのでご了承下さい。

　◆あなたのこの研修に対する目標（研修終了時に達成したいこと）

|  |
| --- |
|  |

**※同一の所属から複数人の申込みをする場合は、個別に提出してください。**

**申込み締めきり　令和６年５月１３日（月）**