山口県健康づくりセンター 健康企画･研修班 あて　**メール：hpc002@hwy.or.jp**

別紙

**FAX：083-934-2209**

特定健診・特定保健指導従事者研修【実践編】受講申込書

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所　　属 | 団体名 | | | 課･部署名 | |  |
|  | ※1 |  | | | | |  |
|  | 職　　種 | １ 保健師 | | ２ 管理栄養士 | | ３ 看護師※2 |  |
|  | ４ 看護師（参考受講）※2 | | ５ その他［　　　　　　 　　　　　　］（参考受講） | | |  |
|  | 特定保健指導経験年数 | ・ 経験なし | | ・ 3年未満 | | ・ 3年以上 |  |
|  | 受講方法 | １ 集合参加 （会場参加） | ２ オンデマンド配信 （講義･実践紹介のみ後日配信） | | | |  |
|  | メールアドレス※3 | オンデマンド配信希望者は必ず御記入ください。公開前日に下アドレス宛に受講方法をお知らせします。 | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 特定健診･特定保健指導従事者研修[基礎編]受講状況  （令和６年６月25日～７月３日配信）※４ | ・受講済（受講予定） | ・未受講 |  |

※1　所属より複数名の申し込みの場合は、受講申込書を人数分コピーしてお申し込みください。

※2　看護師の方は、平成20年4月現在で1年以上の保健指導経験を有することが受講要件です。（開催要領参照）

要件外の看護師の方につきましては[４ 看護師（参考受講）]を選択してください。

※3　メールアドレスは記載間違いのないよう、再度ご確認お願いします。－（ハイフン）、＿（アンダーバー）がわかるように記載してください。

※４　本研修及び｢特定健診・特定保健指導者従事者研修[基礎編]｣(令和６年開催)のすべてのプログラム修了者には、当センターより修了証を発行します。

※５　受講申込書に記入いただいた情報は、研修受講者への連絡及び名簿作成、研修評価以外には使用いたしません。

**★★★研修の参考にしますので以下の項目について御記入ください★★★**

（１）研修受講前の特定健診･特定保健指導に関する知識･技術レベルをお教えください。

該当する番号に○をつけてください。【評価】１できない　２少しできる　３概ねできる　４十分にできる

|  |  |
| --- | --- |
| ① 保健指導の初回面接や継続支援におけるICT活用を検討すること | １・２・３・４ |
| ② 保健指導（初回面接）の具体的イメージ | １・２・３・４ |
| ③ 対象者との対話から、行動変容ステージや生活上の課題の整理をすること | １・２・３・４ |
| ④ 対象者の生活状況を踏まえた改善策を対象者と共に考えること | １・２・３・４ |
| ⑤ 実践状況･行動変容ステージを意識したフィードバック（励まし、賞賛、目標の見直し） | １・２・３・４ |

（２）特定保健指導において自身が課題(不安)に思っていることがありましたらお教えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

申込期限：令和 ６年 ７月１２日（金） まで