Email: hpc002@hwy.or.jp

別紙

FAX:(083)934-2209

山口県健康づくりセンター

健康企画・研修班　　　　　　あて

**母子保健研修(第１回）　受講申込書**

令和７年(２０２５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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　名（係･班名） | 氏　　名 | 職　種 | 経験年数**※** | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |
| **※**現在の職の年数（初年度を１として算定） | | | | |

●当研修を受講する上で、学びたいことを教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 講義名 | 学びたいこと（質問含む） |
| 行政説明 |  |
| 研修復命 |  |
| 講義１ |  |
| 講義２ |  |

＊スペースが不足の場合は、別紙添付で提出してください。＊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７年５月３０日(金）