

別紙

送付文不要

石川県健康福祉部健康推進課 南 あて

(FAX: 076-225-1444)

平成 28 年度「特定健診・特定保健指導従事者研修会」参加申込書

- ※ 下記（連絡先、参加希望者）に必要事項をご記入ください
- ※ 当研修を初めて受講される方は、○をつけてください
- ※ 修了証は必要者のみ交付しますので、希望される場合は、氏名を明確にご記入ください

◆連絡先

機関名 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

◆参加希望者 （参加希望日及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	初めて 参加の方 は○	氏 名	8/7 (日)	8/21 (日)	8/28 (日)	修了証 希望

- * 提出期限 8月 7日 (日) 研修会 : 7月 22日 (金)
 8月 21日 (日) 研修会 : 8月 5日 (金)
 8月 28日 (日) 研修会 : 8月 12日 (金)