送付文不要　石川県健康福祉部健康推進課　　芝垣宛　（FAX：076-225-1444）

別紙

**令和５年度「特定健診・特定保健指導従事者研修会（実践者研修）」**

**１０月１９日（木）、１０月２３日（月）参加申込書**

〇 下記（連絡先、参加希望者）に必要事項をご記入ください。

〇 修了証は必要な方に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下さい。

※修了証は、修了証がないと特定保健指導に従事できない場合等、真に必要とされる方のみ、ご希望ください。

　　２日とも受講された方に交付しますので、ご注意ください。

**◆連絡先**

機 関 名

住 所　〒

電話番号

メールアドレス

※記載いただいたアドレスに、変更等があった場合の連絡やZOOM参加の場合の招待用のURLを送付いたします。

**◆参加希望者**

　※初参加、参加方法、修了証希望について、○をお付けください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | 氏　　名 | 特定健診  ・指導従事  年数を記入 | ※  初参加 | ※参加方法 | | ※  修了証  希望 |
| 会場 | ZOOM |
|  |  | 年 |  |  |  |  |
|  |  | 年 |  |  |  |  |
|  |  | 年 |  |  |  |  |
|  |  | 年 |  |  |  |  |
|  |  | 年 |  |  |  |  |

**◆研修内容の参考とさせていただくため、下記について、ご記入をお願いします。**

**＜特定保健指導をしていて、困難と思う事例（自分にとって難しい、困難なこと）について、**

**ご記載ください。＞**

例）良い返事をするが改善しない、1人暮らしや不規則勤務等で食事の改善が難しい等

**申込締切： ９月１５日（金）**