令和５年度 特定健診・保健指導従事者研修会　参加申込書

【提出期限：6/19(月)】

所属		住所		担当者名	
電話番号		FAX番号		メールアドレス	

※研修会の変更等の連絡を行う場合がありますので、上記項目を必ず記載してください。
※申込みに際していただいた情報は、本研修会以外に使用することはありません。

◆研修受講者の情報について

・研修受講者の情報を記載し、受講を希望する研修に〇をつけてください。

所属課・係	職名	職種	氏名	基礎編［7/5］ 集合形式(倉吉交流プラザ)	ｽｷﾙｱｯﾌﾟ編①［8/3］ 集合形式(倉吉交流プラザ)	ｽｷﾙｱｯﾌﾟ編②［9/26］ 集合形式(中部総合事務所)	事業運営編［10/12］ オンライン(Webex)	備考

※事業運営編を受講される方において、Webexの接続に不安があり、事前の接続テストを希望される方は下記問合せ先までご連絡ください。

◆録画配信希望について

・スキルアップ編②については、後日希望者のみに録画配信を行う予定です。録画配信を希望する場合は〇をつけてください。
（都合により、基礎編・スキルアップ編①・事業運営編の録画配信は実施しません。）

※当日受講を原則としますが、業務上の都合などで講演当日の受講が困難な場合に限り、希望者へ録画配信を行います。
※動画は、希望者のみ閲覧可能な形で約2週間の限定公開とし、国保連合会のYouTubeアカウントにアップする予定です。
※都合により急遽、動画配信が行えなくなることがありますがご了承ください。

	スキルアップ編②
配信希望	

◆お申込み（メール又はファクシミリにてご提出ください。）

＜**宛　先**＞ 鳥取県国民健康保険団体連合会　事業推進課　畑、東
＜**メール**＞ shien@tottori.kokuhoren.jp　　＜**ファクシミリ**＞ 0857-29-6115（送付状不要）
＜**お問合せ先**＞ 0857-20-3682