（別紙）

**令和２年度特定健診・保健指導従事者研修会参加申込書（〆切：８/１２　鳥取県健康政策課　木村宛）**

ﾌｧｸｼﾐﾘ（０８５７）２６－８１４３　　※送付状不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | 住所 | |  | | | 申込者 | |  | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 | |  | | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | | |
| 所属課・係 | | 職名 | | 職種 | | 氏名 | ｽｷﾙｱｯﾌﾟ① | | 基礎編・  ｽｷﾙｱｯﾌﾟ② | | ｽｷﾙｱｯﾌﾟ③ | 備考 |
| ８／２７ | | ９／２５ | | １０／８ |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |
| 講師に対して質問事項などありましたら、御記入ください。 | | | | | | | | | | | | |

※注意事項

・希望する研修会に○を記入してください。なお、半日の参加の場合は、その旨（午前のみ参加等）を備考欄に記入してください。

・研修会の変更等の連絡を行う場合がありますので、所属、申込者、住所、電話番号、ＦＡＸ番号、メールアドレスを必ず記入してください。