**第5回・第６回県及び市町村の保健師等保健事業担当職員研修会**

**受講申込書**

必要事項をご記入の上、メールでお申し込みください。

＜申し込み先＞

公立大学法人福島県立医科大学 健康増進センター

E-mail：**kenzouc@fmu.ac.jp**

第５回開催日：９月２７日（火）、申込期限：９月１日（木）

第６回開催日：１０月２０日（木）、申込期限：９月２９日（木）

所属名

申込担当者名

電話番号

FAX番号

メールアドレス

受講希望者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加研修 | 職名 | 職種 | 氏名 | 受講方法 |
| 第5回・第6回 |  |  |  | 会場・Zoom |
| 第5回・第6回 |  |  |  | 会場・Zoom |
| 第5回・第6回 |  |  |  | 会場・Zoom |
| 第5回・第6回 |  |  |  | 会場・Zoom |
| 第5回・第6回 |  |  |  | 会場・Zoom |
| 第5回・第6回 |  |  |  | 会場・Zoom |

◇研修回数、受講方法は該当する方に〇をお付けください。

　　第５回、第６回を別々にお申込みいただいても結構です。