**第7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**

開催日：１２月１５日（木）、申込期限：１１月２４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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 職種 | 氏名 | 受講方法 |
|  |  |  | 会場 ・ Zoom |
|  |  |  | 会場 ・ Zoom |
|  |  |  | 会場 ・ Zoom |
|  |  |  | 会場 ・ Zoom |
|  |  |  | 会場 ・ Zoom |
|  |  |  | 会場 ・ Zoom |

◇受講方法は該当する方に〇をお付けください。