

受講申込書

A 保健所管理能力育成研修

次の職員が保健所管理能力育成研修の受講申込みをいたします。

					順位				
受講ブロックを○印でプロてください A 保健所管理能力育成研修 <ol style="list-style-type: none"> 1. 北海道・東北ブロック 2. 関東・甲信越ブロック 3. 東海・北陸・近畿・四国ブロック 4. 中国・九州ブロック 									
ふりがな					性別	男 ・ 女	年齢	歳	
受講者氏名					性 別			年 齢	歳
所属施設名					職位（役職）				
					職 種				
行政 経験年数	通算	年	本庁	年（保健関係部、 （福祉関係部、 保健所	年）	年）	年	今まで 受講された 研修名	
				市町村					
所属住所	〒				TEL				
					FAX				
					E-mail				
お取りまとめ担当者 (本庁担当者 ・事務連絡担 当者)	氏名				所属			職位	
	所属 住所	〒				TEL			
						FAX			
推 薦	推薦者	役職				氏名			
	推薦者の希望								

平成 年 月 日

申込者 住所 〒
所属
職位
氏名

印

財団法人 日本公衆衛生協会
理事長 北川 定 謙 様

様式は A4 サイズ。

- ① 申込は都道府県市区でご調整、取りまとめの上、期日までにお申し込みください。
- ② 受講者1名につき、受講申込書1枚を使用してください。
- ③ 推薦欄には、所属長が、推薦した研修受講者に期待することおよび研修後の活用方法についての意見を簡潔に記載してください。
- ④ 複数でお申し込みの場合は、順位付けをしてください。
- ⑤ 受講研修については、過去10年以内に受けた研修と機関〔国立保健医療科学院（旧国立公衆衛生院）{長期（専門、専攻、研究過程）、短期特別課程、特定研修} 中央研修、日本公衆衛生協会主催研修、その他〕をご記入ください。

受講申込書

B 地域保健情報処理研修

次の職員が地域保健情報処理研修の受講申込みをいたします。

							順位					
受講回数を○印で囲んでください												
B 地域保健情報処理研修〔第1回・第2回〕												
ふりがな					性別		男・女		年齢	歳		
受講者氏名					性別		男・女		年齢	歳		
所属施設名					職位(役職)							
					職 種							
行政 経験年数	通算	年	本庁	年	(保健関係部、 福祉関係部、)	年	保健所	年	市町村	年	今まで 受講された 研修名	
所属住所			〒		TEL							
					FAX							
					E-mail							
お取りまとめ担当者 (本庁担当者 ・事務連絡担 当者)		氏名		所属		職位						
		所属住所	〒		TEL							
					FAX							
推 薦	推薦者	役職			氏名							
	推薦者の希望											

平成 年 月 日

申込者 住所 〒
所属
職位
氏名

印

財団法人 日本公衆衛生協会
理事長 北川 定謙 様

様式は A4 サイズ。

- ① 申込は都道府県市区でご調整、取りまとめの上、期日までにお申し込みください。
- ② 受講者1名につき、受講申込書及び事前アンケート各1枚を使用してください。
- ③ 推薦欄には、所属長が、推薦した研修受講者に期待することおよび研修後の活用方法についての意見を簡潔に記載してください。
- ④ 複数でお申し込みの場合は、順位付けをしてください。
- ⑤ 受講研修については、過去10年以内に受けた研修と機関〔国立保健医療科学院(旧国立公衆衛生院){長期(専門、専攻、研究過程)、短期特別課程、特定研修} 中央研修、日本公衆衛生協会主催研修、その他]をご記入ください。

