

# 研 修 会 申 込 書

受講を希望されるコース NO に○をつけてください。

	研 修 会 名	研 修 期 間	申 込 期 間
地 域 母 子 保 健	1. 乳幼児保健・育児支援	30. 6/19～ 6/20	5/ 7～ 5/15
	2. 母子保健活動における児童虐待予防	30. 6/26～ 6/28	5/14～ 5/22
	3. 乳幼児期に見られる諸問題	30. 7/11～ 7/13	5/28～ 6/ 5
	4. 乳幼児保健：大阪編	30.10/ 9～10/11	7/23～ 7/31
	5. 発達障害児の早期発見と支援	30.10/16～10/18	7/30～ 8/ 7
	6. 地域における妊娠・出産・育児の切れ目ない支援	30.11/29～11/30	9/21～10/ 2
	7. 地域栄養活動～妊産婦から子ども～	31. 1/17～ 1/18	11/ 5～11/13
	8. 低出生体重児の成長・ 対応の難しい親の理解と支援	31. 1/23～ 1/24	11/19～11/27
新生児スクリーニング事業（先天性代謝異常症等検査事業）研修会		30. 6/22	5/21～ 5/29
周産期医療研修会	1. 医師Aコース：産科編	30. 7/26～ 7/27	6/ 4～ 6/12
	2. 医師Bコース：NICU 編	30. 9/ 3～ 9/ 5	6/25～ 7/ 3
	3. 看護Aコース：産科編	30.11/20～11/22	9/10～ 9/18
	4. 看護Bコース：NICU 編	30.12/11～12/13	10/ 9～10/16
	5. 看護Cコース：NICU 編 大阪会場	31. 2/20～ 2/21	12/10～12/20
ふりがな			性 別
氏 名			女・男
勤務先名称			
部(課科)名			
勤 務 先 住 所 等	〒  TEL ( ) FAX ( ) E-mail ( )		
職 種 <small>*現職場での資格に○ をつけてください。</small>	1. 医師（小児科・NICU） 2. 医師（産婦人科） 3. 保健師 4. 助産師 5. 看護師 6. 保育士 7. 検査技術者 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. その他（ ）		
年 齢	1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代以上○をつけてください		
経験年数	1. 5年以下 2. 6～10年 3. 11～15年 4. 16～20年 5. 21～30年 6. 31年以上○をつけてください		
緊急連絡先	（携帯番号など教えてください）		

上記のとおり申込みします。

平成 年 月 日

**受講決定通知について**…受講可能な方には、締切日以降 10 日を目途に申込者に送付します。貴職場において所属長宛にも受講決定通知書が必要な方は、所属長の役職・氏名を下記にご記入ください。申込み者宛の受講決定通知に同封してお送りいたします。

職場名

役職名

氏名