|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講を希望されるコースNOに〇をつけてください。 | | | |
| **コース**  NO | 研 修 会 名 | 研 修 期 間 | 申 込 期 間 |
| 1 | 乳幼児保健（発達障害児・児童虐待予防の支援・先天性代謝異常症） | R4.6/1～6/2 | 4/18～5/6 |
| 2 | 母子保健活動における児童虐待予防 | R4.8/3～8/4 | 6/1～6/13 |
| 3 | 乳幼児保健・育児支援 | R4.8/23～8/24 | 6/22～7/4 |
| 4 | 乳幼児期に見られる諸問題 | R4.9/14～9/16 | 7/13～7/25 |
| 5 | 発達障害児の早期発見と支援（思春期含む） | R4.10/11～10/13 | 8/10～8/22 |
| 6 | 地域における妊娠・出産・育児の切れ目ない支援 | R4.12/1～12/2 | 10/5～10/17 |
| 7 | 地域栄養活動～妊産婦から子ども～ | R5.1/19～1/20 | 11/16～11/28 |
| 8 | 低出生体重児の成長と支援・対応の難しい親の理解と支援 | R5.1/25～1/26 | 11/22～12/5 |

**地域母子保健研修会 申込書**

上記のとおり申込みします。　　 　　　　 　　　　　　　 　　　 　　 　 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 女・男 |
| 勤務先名称 |  | |
| 部(課科)名 |  | |
| 受講決定通知送付先住所等 | （ 自宅 ・ 勤務先 ）＊〇をつけてください  〒 | |
| TEL（　　　　　　　　　　　　　　　） 携帯（緊急時連絡先）（　　　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） | |
| 職　　種  ＊現職場での資格に  〇をつけてください | １．保健師　 ２．助産師　 ３．看護師　 ４．保育士　 ５．管理栄養士　 ６．栄養士　 ７．その他（　 　 　　　　　　　） | |
| 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 | |

＜受講決定通知について＞ 受講可能な方には、申込み締切日以降10日を目途に送付します。

決定通知書の送付について希望する方法に〇をつけてください。　　**・**郵送にて 　　**・**メールにて

※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