



FAX送信先 028-622-7281

栃木県保険者協議会（事務局）

申込期限 平成30年 5月28日（月）

参加申込書

平成30年度特定健診・特定保健指導実践者育成研修会
（初任者編・事務担当者等編）

所属名	所在地 〒
連絡先	
電話番号.....	FAX番号.....
e-mail.....	

申込希望日欄に○を付けてください

（一部分のみ受講希望の場合、どのコマを受講希望かお書きください）

部署	職種(※)	氏名	保健指導 経験年数	6/12	6/15	7/24
連絡、問合せ						

※職種：職名ではなく、事務・医師・保健師・管理栄養士・看護師等を記入

【注意事項】

- ・今年度は、研修体系及び講義内容の変更により、穴埋め受講による修了証の交付はありませんので、ご注意ください。
- ・運動のある6/15は、動きやすい服装で参加してください。

栃木県保険者協議会

（事務局）栃木県国民健康保険団体連合会 保健事業課内

TEL：028-622-7248 FAX：028-622-7281

e-mail：hokenjigyo-2@tcgkokuho.or.jp