

「特定保健指導実践者育成研修会（経験者コース）」
申 込 書

1 保険者・実施機関（どちらかに○）

名 称	
住 所	
T E L	

2. 参加者

	所属部署 役職名	ふり がな 氏 名	職 種	特定保健指導 実施件数※（年間）
1				約 件
2				約 件
備考				

※前年度の大まかな実績をご記載ください。（前年度実績がない場合は空欄としてください。）

3. 特定保健指導を実施するにあたり、困難事例や課題に感じていること、講師に質問したいこと等があれば、ご自由にご記載ください。

--

※ **令和元年9月6日（金）[必着]**までに、岡山県保険者協議会事務局（国民健康保険団体連合会）あてに、FAX等にてお申し込みください。

※ 受講希望者多数の場合は、各団体2名とし先着順で調整させていただきますので参加者氏名は参加優先順でご記入ください。定員から漏れた場合は、後日連絡させていただきますのでご了承ください。

<岡山県保険者協議会事務局>
岡山県国民健康保険団体連合会
保健事業課 事業企画班 片岡
電話 (086) 223-9103
FAX (086) 223-9105
E-mail : hokenjigyoku@okayama.kokuhoren.jp