

令和3年度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	
連 絡 先	
E-mail	

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 年間実施件数
				約 件

3. 申込方法

- (1) 岡山県保険者協議会事務局までメールにて申込ください。
Mail:hokenjigyoku@okayama.kokuhoren.jp
- (2) 申込締め切り後、メールにて本研修会（Zoom）に参加するためのID及びパスワードをお知らせいたします。
- (3) 研修会当日は、時間になりましたら随時接続をお願いいたします。
- (4) 後日、研修会視聴後のアンケートをお送りしますので、ご協力をよろしく願いたします。

切：令和3年8月31日（火）

(問合せ先) 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 保健推進班 片岡・江田 TEL：086-223-9103 FAX：086-223-9105 E-mail：hokenjigyoku@okayama.kokuhoren.jp
--