



みんなで変える保健指導セミナー 『実践できるコーチング』 受講申込書

◆楷書ではっきりとご記入ください

申し込み年月日 年 月 日

フリガナ			生年月日 (西暦)
氏名	女 ・ 男		19 年 月 日
自宅住所	〒 電話 () Fax. ()		
平日9~17時の連絡先	電話(携帯可) ()		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
E-mail	@ ※PCアドレスのみ 今後セミナー情報をe-mailで受け取る <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
資格	1.保健師 2.看護師 3.管理栄養士 4.栄養士 5.健康運動指導士 6.その他 () ※複数の資格を有する方は、現職場でお使いの資格に◎を、他の資格に○をつけて下さい。		
所属	1.市区町村 2.健保組合 3.企業 4.共済組合 5.病院 6.健診機関 7.その他()		
勤務先名	所属課名		
勤務先所在地	〒 電話 () Fax. ()		
決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 (✓の無い場合は自宅に送付します)		
受講動機やセミナーに期待することなど、ご自由にお書きください			
事務局記入欄	受付日： 年 月 日	通知日： 年 月 日	

●参加費用 ※受講料 公費 私費

<受講申込書の取り扱いについて>

受講申込書にご記入いただいた項目につきましては、本会が責任をもって管理し、お申し込みくださったセミナーについて、的確なサービス提供を行わせていただくために使用します。

※本会は、受講申込書を通じてご提供いただいた情報を下記のような場合に限り、本会でない第三者に開示させていただくことがあります。

・本会の事業に関して機密保持契約している者（下請業者、技術支援業者、運送業者、金融機関など）

※ご記入いただきました情報に変更が生じた場合は、すみやかに本会までお知らせ下さい。

インターネットで申込

www.jfpa.or.jpにアクセス

→ホームページ内の「セミナー&研修会」をクリック

平成23年度セミナー一覧から『実践できるコーチング』を選んでクリック

→WEB申込みをクリック

受付画面で必要事項を記入して送信。受付完了画面へ移ります。

→後日、受講決定通知をご郵送します。