

\*郵送でお申込みの方はコピーして  
ご利用ください

# 受講申込書

FAX 03 -3267 -2658



web申込はコチラから▶

ご希望のセミナーに○をつけてお申し込み下さい(複数可)  
WEB 会員登録されている方はマイページよりお申込みください。

思春期保健セミナー (コースI、コースII、コースIIIは同時申込みも可)					生きるための心の教育セミナー		
コースI		コースII		コースIII	第15回ベーシック (8/4)	第16回スキルアップ (11/3)	第17回スキルアップ (H31/2/2)
第81回東京 (9/15~17)	第82回大阪 (9/15~17)	第83回福岡 (9/15~17)	第57回東京 (11/16~18)	第65回東京 (H31/1/12~14)			
指導者のための避妊と性感染症予防セミナー (SRHセミナー)							メンタルヘルスセミナー
147回仙台 (5/26)	148回札幌 (7/7)	149回新潟 (8/25)	150回大阪 (9/29)	151回沖縄 (10/27)	152回名古屋 (12/1)	153回福岡 (12/15)	154回東京 (H31/1/19)
							第5回東京 (7/21) 第6回名古屋 (12/15)
性の多様性を学ぶ セミナー (6/9)	第1回ピアカウ ンセリングセミナー (7/28~29)	自己効力感(セルフ エフィカシー)セミナー (12/1~2)	第3回データヘルス 支援セミナー (9/21)	栄養指導を結果につなげるセミナー 第33回 東京 (7/28) 第34回 名古屋 (8/26)		睡眠保健指導セミナー (8/5)	受胎調節認定講習会 (7/23~27)
行動変容実践のための保健指導者養成セミナー				食習慣聞き取りシートを □持っている □持っていない *どちらかに✓を入れて下さい		睡眠保健指導マニュアルを □持っている □持っていない *どちらかに✓を入れて下さい	資格認定 □受ける □受けない(4日間) *どちらかに✓を入れて下さい
大阪・スキルアップ (3日間) (11/22~24)	東京・ベーシック (4日間) (H31/2/14~17)	東京・スキルアップ (3日間) (H31/2/14~16)					

※全項目ご記入ください。

申込み日:平成 年 月 日

ふりがな	生年月日(西暦)	
氏名	19 年 月 日	※本籍地 都・道・府・県
性別	女・男	
自宅住所	〒 都道府県 電話 ( ) Fax. ( )	
取得資格	保健師・助産師・看護師・医師・養護教諭・看護教員・教員・管理栄養士・栄養士 保育士・薬剤師・健康運動指導士・児童指導員・児童福祉士・学生 その他 ( ) ※その他を選択の際、必ず記入してください ※複数の資格を有する方は、現職場での資格に◎を、それ以外には○を付けて下さい。	
所属分類	行政(都道府県)、行政(市区町村)、学校(小・中・高)、学校(大学・専門学校)、 病院・医院・クリニック、健診機関、企業、医療保険者 その他 ( ) ※その他を選択の際、必ず記入してください	
勤務先名	所属課名 ( )	
勤務先住所	〒 都道府県 電話 ( ) Fax. ( )	
平日9~17時の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 電話(携帯可) ( )	
通知書送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※WEB会員はご登録のメールアドレスへ送信いたします	
受講動機を ご記入ください。		

※「受胎調節実地指導員認定講習会」で資格認定を受ける方のみ本籍地をご記入下さい。

- web会員登録 している していない ●思春期保健相談士の資格 ある ない
- 受講料 公費 私費 ●本会セミナーに過去に参加したことがありますか。 ある ない

### <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情報は本会が責任をもって管理し、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。

ただし下記のような場合に限り、第三者に情報を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)

\*既にWEB会員にご登録済みの方は、ご登録されているアドレスにご案内のEメールを送信いたします。

\*ご案内等が不要な方は下記にチェックして下さい。

今後セミナーに関する情報は不要

\*ご記入いただきました情報に変更が生じた場合は、本会までお知らせ下さい。