

FAX 03-3267-2658

スマホの方は  
こちらから



※日本家族計画協会のホームページよりWEBからのお申し込みも可能です

第5回～8回

# 事例で学ぶ保健指導セミナー 受講申込書

ご希望のセミナーに○をつけてお申し込み下さい

|              |             |              |                      |
|--------------|-------------|--------------|----------------------|
| 第5回 6月16日(土) | 第6回 7月7日(土) | 第7回 8月18日(土) | 第8回 10月20日(土)、21日(日) |
|              |             |              |                      |

※全項目ご記入ください。

申込み日：平成 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          | 〒 都道府県<br>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<br>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<br>その他 ( ) ※その他を選択の際、必ず記入してください<br>※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。 |                              |                            |
| 業務分類          | 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)、<br>病院・医院・クリニック、健診機関、企業、医療保険者<br>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<br>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。 |  |                              |                            |

- web会員登録 している していない ●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。

【申込み・お問合せ先】(一社)日本家族計画協会 研修担当 〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10 保健会館新館  
電話 03-3269-4785(平日9:00～17:00、土日祝休) FAX 03-3267-2658

WEB