

# 受講申込書

FAX 03-3267-2658

～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～

※ご希望のセミナーに☑を入れてお申込みください。

<input type="checkbox"/>	10/14(日) 第1回 メンタルヘルス対策として職場環境改善に取り組む保健師養成セミナー
<input type="checkbox"/>	1/27(日) 第2回 メンタルヘルス対策として職場環境改善に取り組む保健師養成セミナー

※全項目ご記入ください。

申し込み年月日 年 月 日

ふりがな	生年月日 (西暦)	
氏名	19 年 月 日 女 ・ 男	
自宅住所	〒 - 都道府県 電話 ( ) Fax. ( )	
取得資格	保健師 ・ 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、それ以外には○をつけて下さい。	
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)、 病院・医院・クリニック、健診機関、企業、医療保険者 ※○をつけて下さい。 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) ( )	
通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 登録Eメール(web会員のみ) (どちらにも印の無い場合は自宅に送付します)	
●受講動機をご記入ください。		

- 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  
●web会員登録  している  していない

## <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)

\* 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、すみやかに本会までお知らせ下さい。

【申込み・お問い合わせ先】 (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 FAX 03-3267-2658

HP