

## 「第43回 中高音女性保健セミナー」受講申込書

\*本申込書1枚につき、1名様のみご記入下さい。

\*全項目ご記入ください。

申込日：平成 年 月 日

ふりがな			生年月日 (西暦)
氏名	女・男		19 年 月 日
自宅住所	〒 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 その他 ( ) ※その他を選択の際、必ず記入してください		
勤務先	所属部署 ( )		
勤務先住所	〒 電話 ( ) Fax. ( )		
平日19~17時の連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	電話(携帯可) ( )
決定通知送付先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 勤務先	(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

<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、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。また、今後も継続して本会が行うセミナー等の最新情報をお送り致します。ご案内等が不要な方は、お手数ですが下記の「提供は不要」にチェックして下さい。

今後セミナーに関する情報の提供は不要

\*ご案内の送付停止の手続きは迅速に行いますが、既に発送準備が終了し、発送の差し止めが間に合わない場合があります。ご容赦下さい。

\*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、第三者に開示させていただきますことがあります。

・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。

WEB

メールマガジンをご希望の方は…

本会ホームページのセミナー・研修会情報→WEB申込→会員登録をしてください

会員登録の際に勤務先の「業務分類」を登録いただくと、業種に合ったメルマガ情報を受け取れるようになります。

【申込み・問合せ先】一般社団法人日本家族計画協会 研修担当

〒162-0843 新宿区市谷田町1-10 保健会館新館 電話 03-3269-4785 FAX 03-3267-2658