

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

WEB 申込みはこちらから→



受講申込書

FAX 送信先 03-3267-2658

ご希望のセミナーに○をつけてお申し込みください

思春期保健セミナー（コースⅠ、コースⅡ、コースⅢの同時申込みも可能です）				
コースⅠ			コースⅡ	コースⅢ
第 84 回東京 (9/21～23)	第 85 回大阪 (9/21～23)	第 86 回福岡 (9/21～23)	第 58 回東京 (11/15～17)	第 66 回成田 (2020.1/11～13)
コースⅢ申し込みの場合：宿泊の手配を本会に希望しますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない (1/11～1/13 の 2 泊分)				

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	女・男		19	年 月 日
自宅住所	〒 ー 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・児童福祉司・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○をつけてください。			
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	所属部署 ()			
勤務先所在地	〒 ー 都道府県 電話 () Fax. ()			
平日9～17時の連絡	<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	※WEB 会員はご登録のメールアドレスへ送信いたします	
セミナーを知りたきっかけ	<input type="checkbox"/> 家族と健康()月号	<input type="checkbox"/> メールマガジン	<input type="checkbox"/> その他()	
受講動機を ご記入ください				

- WEB 会員登録 している（通知はご登録のメールアドレスへ送信いたします） していない ●受講料 公費 私費
●思春期保健相談士の資格 ある ない ●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は本会が責任をもって管理し、的確なサービス提供を行うために使用します。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します。ご案内等が不要な方は下の欄をチェックしてください。

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る、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ください。

WEB

【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(平日 9 時～17 時・土日祝休) FAX 03-3267-2658

メルマガの配信をご希望の方は
こちらから WEB 会員登録をお願いします→

