送付先　　　ＦＡＸ　０８３－９３４－２２０９　　（山口県健康づくりセンター）

たばこ関連研修　受講申込書

令和６年(2024年）　　　月　　　　日

公益財団法人山口県健康福祉財団

山口県健康づくりセンター長

　　　　　所属団体名

　　　　　　（事業所名）

（ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　）

（ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　　　　）

標記研修会に下記のとおり申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属課・部署名  （係･班名） | 氏　　名 | 職種または役職  例）保健師、栄養士、取締役・経営者、健康管理担当　など | 主に担当するたばこ対策（主なもの１つ） | 備　考 |
|  |  |  | 受動喫煙防止  禁煙支援  喫煙防止 |  |
|  |  |  | 受動喫煙防止  禁煙支援  喫煙防止 |  |
|  |  |  | 受動喫煙防止  禁煙支援  喫煙防止 |  |

●【全員回答】今回の研修内容について下記をご記入ください。

（１）主に担当するたばこ対策で課題と感じていることを具体的に教えてください。

|  |
| --- |
|  |

（２）当研修を受講する上で、学びたいことを教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 講義名  （該当する項目に〇をつけてください） | 学びたいこと・質問等 |
| 行政説明  「山口県におけるたばこ対策」 |  |
| 講義1  「知っちょる？たばこ肺（COPD）という病気  ～禁煙支援、受動喫煙防止対策の重要性～」 |  |
| 活動紹介  「事業所におけるたばこ対策の取り組み」 |  |
| 講義2  「禁煙支援の方法と実際  ～禁煙支援に活かせるテクニック～」 |  |

＊スペースが不足の場合は、別紙添付で提出してください。＊質問全てに対応できない場合もあります。

**申込期限：令和 ６年 ９月１０日(火）**