別紙

山口県健康づくりセンター

健康企画・研修班　　　　　　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　**ＦＡＸ　　０８３－９３４－２２０９**

**母子保健研修(第２回）　受講申込書**

令和７年(２０２５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　　　様

所属

所在地　　　　　　　　　　　　　　　市・町

〔ＴＥＬ 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　〕

〔ＦＡＸ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

標記研修会に、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　　名 （係･班名） | 氏　　名 | 職　種 | 経験年数 ※現在の職の年数 　初年度を１として算定 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |

●今回の研修内容について下記をご記入ください。

当研修を受講する上で、学びたいことを教えてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 学びたいこと・質問等 |
| 行政説明 |  |
| 講義１ |  |
| 講義２ |  |

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

申込期限：令和 ７年８月６日(水）