送付先　E-mail：hpc002@hwy.or.jp（山口県健康づくりセンター）

たばこ・COPD対策研修　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

　　　　　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 | 役職 | 備考 |
|  |  |  |  |  |
| ●受講方法等の通知先　（10月20日（月）に受講方法、ID・パスコードをメールでお知らせします）（E-mail:　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

●【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）たばこ・COPD対策で難しさや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 ・ 講義１講義２ ・ 講義３講義４ ・ 講義５ |  |
| 行政説明 ・ 講義１講義２ ・ 講義３講義４ ・ 講義５ |  |
| 行政説明 ・ 講義１講義２ ・ 講義３講義４ ・ 講義５ |  |

＊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 ７年１０月１４日(火）**