

岐阜県 保健医療課 地域保健・健康増進係 高橋宛

FAX 058 - 278 - 2624

提出期限
平成24年6月8日(金)必着

平成24年度特定健診・保健指導実践者研修会申込書

所 属		担当課等	
住 所			
取 代 表 者 と し て	氏名		電 話
	FAX		E-mail アドレス

	氏 名	職 種	企画・評価 編	保健指導スキルアップ編		
				前 編		後編
				6/26(火)	7/31(火)	8/1(水)
1						
2						
3						
4						
5						

申し込む講座の枠内に 印を記載してください。(保健指導スキルアップ編は、原則として前編・後編とも出席できる方)