

令和5年度 第17回 地域健康づくり指導者研修会

参加申込書 【ハイブリッド研修会】

※オンデマンド期間 3月18日～31日

地域健康づくり指導者研修会認定更新希望者は備考欄に「更新希望」とご記入ください

※所属／都道府県名： _____

申込み締切日：2月23日（金）必着・参加費ご送金を合わせてお願いします。

氏名	性別	区分	参加種別	住所・電話番号	PCメールアドレス	生年月日	2日目参加
※フリガナ	男・女	点・墨	・会員 ・学生 ・会員外	※〒	※	※ 昭和・平成 年 月 日	会場参加
※漢字				TEL			有・無
※ 免許種別	あん摩マッサージ指圧 (_____ 知事・厚生・厚労 番号 _____) はり (_____ 知事・厚生・厚労 番号 _____) きゅう (_____ 知事・厚生・厚労 番号 _____)					全国地域包括ケア担当 ・1日目のみ参加 ・両日参加	
申込書確認	/	参加費振込確認	/	レポート提出確認	/		
備考							

※は必須項目です。

該当する箇所には○印をお願いします。なお、申込書に記載されている内容について、個人情報保護の観点から、研修会運営並びに生涯研修単位取得目的以外には使用することはありません。

注：1 参加費は **研修会費** 会員・学生 ¥10,000 (※会員外 ¥20,000) 更新手数料 ¥5,000 ※全国地域包括ケア担当者…無料 (単位なし)

注：2 生涯研修制度の単位認定を希望される方は、生年月日・免許種別 (免許交付者・番号) を必ず記載するようお願いいたします。

必要事項について記載の無い場合は申請が無効となりますので、内容確認の上、提出されるようお願いいたします。