

送 信 票 (本票のみ送信してください)
宛 先 静岡県健康増進課 メール kenzou@pref.shizuoka.lg.jp FAX 番号 054-251-7188

平成 31 年度特定保健指導に関する研修会
(保健指導実施者 初任者 (経験年数 1～2 年目) 編)
 (保険者担当者、市町・県の保健衛生業務担当者向け)

受講者報告書

所属・機関名 _____

担当者氏名・電話番号 _____

メールアドレス _____

1 参加者

所属課	職 種	氏 名	保健指導 経験年数
			年
			年
			年

※ 受講者可能者には、受講決定通知書を送付いたします。

(6月7日(金)までに回答をお願いします。)