FAX　099-256-8079 　　　　　 　※送信票不要

令和２年度　性教育研修会・交流会 申込書

|  |
| --- |
|  施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 受講希望者総数（　　　　　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　氏名 　　　　　　　　　　連絡担当者（　　　　　）（　　　　　　　　　　　） |
|  施設住所　〒　　　　－ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　TEL　　　 　（　 　） 　　　　　 　 FAX （　 　） |

 該当設置団体に○印をつけてください。

国立　　　県立　　　市立　　　町村立　　　法人立　　　医師会立　　　私立　　　個人　　　その他

年齢・実務経験年数は、下記から選び「**番号**」を記入してください。職能は該当する欄に「**○印**」を記入してください。

年　　　　齢：　**１**．10代　　　**２**．20代　　 **３**．30代　　 **４**．40代　　　**５**．50代　　　**６**．60代以上

実務経験年数：　**１**．5年以下　 **２**．6～10年　 **３**．11～15年　 **４**．16～20年　**５**．21年以上

＜**性教育推進指導者研修会＞　 　開催期日　： 令和 ３年 ２月 ２０日（土）ＡＭ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員№ | 年齢 | 実務経験 | 職　　能 |  |
| 保 | 助 | 看 | 准 |
| 1 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |

＜**多職種交流会＞　　　　　　　　　　　　開催期日　： 令和 ３年 ２月 ２０日（土）ＰＭ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　名 | 会員･非会員の別 | 県会員№ | 年齢 | 実務経験 | 職　　能 |  |
| 保 | 助 | 看 | 准 |
| 1 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | 会 員非会員 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※本研修会申込書は研修採否および担当講師との調整を目的としており、それ以外の目的では使用いたしません