株式会社すせり行き　　　　　ＦＡＸ：0852-61-8706

**平成30年度第１回特定保健指導実施者のための研修会【初任者編】≪参加申込書≫**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふり　　がな  氏　　名 | （生年月日　　　　　　　年　　　月　　　日）  ※氏名・生年月日は、修了証発行のため正確にご記入ください。 | 性　別 |
| 男　・　女 |
| 自　宅  現住所 | 〒　　　　― | |
| TEL番号  FAX番号 | －　　　 　　－  　　　　　　　 －　　　 　　－ | |
| 勤務先名（所属） |  | |
| 領収書の宛名 |  | |
| 職　種 | 医師　・　保健師　・　管理栄養士　　・看護師　・　健康運動指導士　・  歯科医師　・　事務職　・　その他（　　　　　　　　）  ※修了証の発行は、医師・保健師・管理栄養士・一部の看護師のみです。 | |
| 特定保健指導  経験年数 | （　　　　　　）年 | |
| 弊社スタッフ  登録状況 | 登録なし　・　　登録済み　・　希望します  ※登録の有無で受講料が異なりますのでご注意ください | |
| アンケート  （該当するものに  全て☑をつけてください） | １．受講動機について教えてください。  □研修受講経験がないため　　□㈱すせりの登録スタッフ  □勤務先で特保を実施しているため  □第３期の対応について聞きたいため  □指導スキルについて学びたいため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．今後受けたい研修について教えてください  　　　□特定保健指導の制度　　　　□健診数値・病態理解  　　　□メタボリックシンドロームの保健指導　　□栄養指導  □運動指導　　　　□カウンセリング技術・ファシリテーション  □グループ指導　□３期特定保健指導　□その他（　　　　　　） | |
| ３．保健指導の実施について課題に思っていること、研修会で特に聞きたいと  思っていること、講師への質問などがありましたら、ご記入ください（自由記載） | |

※この申込書に関する情報は、今後の弊社の研修事業の案内などに活用させていただきますのでご了承ください。個人情報の取扱いは、弊社個人情報保護方針に基づき実施します。

※研修までに、下記の自己学習の教材をできるだけ目を通してご参加いただきますと研修効果が高まります

（自己学習の教材）※厚労省HPからダウンロードできます。

１．標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】

２．特定保健指導実施の手引き

３．健康づくりのための身体活動基準2013・アクティブガイド

４．禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂