

平成29年度 アレルギー・リウマチ相談員養成研修会受講申込書

soudan@isaweb.jpに添付メールにて送信、または、FAX:03-5817-8589へ

※ 御勤務先名は必ず御記入ください。

| | | | | | | |
|---|-------------------|---------|--|---------|--------|--|
| ふりがな | | | | | | |
| 氏名 | 職種 (○で囲んでください) | | 医師・保健師・看護師・養護教諭 管理栄養士・栄養士・医療ソーシャルワーカー 保育士・介護士・薬剤師・臨床検査技師 調理師・一般職・その他(| | | |
| 年齢 | 20歳代 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳代 | 60歳代以上 | |
| 勤務先 | 所在地 | 〒 - | | 都・道・府・県 | | |
| | | 市・区・町・村 | | | | |
| | 施設名称 | | | | | |
| | 所属部署 課・係等 | | | | | |
| | 電話 | | | FAX | | |
| | E-mail | | | | | |
| | 業務内容 | | | | | |
| 受講希望会場 (いずれかを○で囲んでください) 東京・札幌・仙台・名古屋・大阪・広島・福岡・鹿児島 | | | | | | |
| 備考 ※全日程での参加を基本とします。特別な事情がある場合は、以下に御記入ください。 | | | | | | |
| (以下のアンケートにお答えください) | | | | | | |
| 1. アレルギー・リウマチ相談員養成研修会に出席されたことはありますか？()に○をご記入ください。 () ある () 今回が初めて 他の似ている内容の研修会に参加したことがありましたら、名称を御記入ください。 () | | | | | | |
| 2. 相談業務等、日頃の保健指導や診療の上で、苦慮されている内容、今回の研修で学びたい内容、その他御要望がございましたら、具体的に御記入ください。 | | | | | | |
| 3. 御所属先の組織において独自に実施している、アレルギー・リウマチ対策事業がございましたら、御記入ください。また、過去の相談員養成研修会情報のご活用事例等がございましたら、合わせて御記入ください。 | | | | | | |