　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別　紙

**＜送付先＞**

**茨城県国民健康保険団体連合会：保健事業課**

**Ｅ-mail：jigyou@ibaraki-kokuhoren.or.jp**

令和５年度茨城県特定健康診査・特定保健指導実施者研修（経験者向け）

受講申込書

　　　　　　　　　　　　　　　市町村名

　　　 　　　　　　　　電話番号

　　　 　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者E-mail

受講申込者※１

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講  優先  順位 | 所属機関名 | 職　種  ※２ | （ふりがな）  氏　　名 | 受　講　回 | 備　考 |
|  |  |  |  | 第１回・第２回 |  |
|  |  |  |  | 第１回・第２回 |  |
| １ | （記入例）  ○○健保 | 管理栄養士 | （--やま　---こ）  △山　○子 |  |  |

※１：今年度、実際に特定健診・特定保健指導を行う方がお申し込みください。

※２：医師・保健師・管理栄養士・看護師（実務経験者）＊・事務職等の職種を記載ください。

＊　看護師(実務経験者)とは「平成20年４月現在において１年以上（必ずしも継続した１年間である必要はない。）、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する」（健発第０３１０００７号０８年３月10日）

※３: 全日程を受講された方は、修了証書を交付いたします。

**○　申込先　茨城県保険者協議会事務局（茨城県国民健康保険団体連合会：保健事業課）**

**〒310-0852　茨城県水戸市笠原町９７８番２６　茨城県市町村会館内**

**TEL：０２９－３０１－１５５３**

**Ｅ-mail：jigyou@ibaraki-kokuhoren.or.jp**

○　申込方法　Ｅメールまたは国保情報ネットワークでお申し込みください。

○　申込期限　令和５年12月25日（月）必着