

令和6年度 小田原保健福祉事務所足柄上センター保健衛生研修

FAX用 申し込み用紙 【締め切り 1月10日(金)】

- ・氏 名 \_\_\_\_\_
- ・職 種 ①管理栄養士 ②歯科衛生士 ③保健師 ④看護師  
⑤事務職 ⑥その他( \_\_\_\_\_ )
- ・所属団体名 \_\_\_\_\_
- ・所在市町 ①南足柄市 ②中井町 ③大井町 ④松田町 ⑤山北町  
⑥開成町 ⑦その他( \_\_\_\_\_ )
- ・電話番号 \_\_\_\_\_
- ・メールアドレス \_\_\_\_\_ ※

※申込み完了メール、当日 ZoomID 及びオンデマンド URL をお送りします。

- ・受講方法 ①Zoom ミーティングを利用したオンライン受講(1/17)  
②足柄上合同庁舎でのスクリーン上映にて受講(1/17)  
③オンデマンド配信にて受講(申込者/期間限定)
- ・講師への質問がある方は記載してください。

( \_\_\_\_\_ )