自治体保健師キャリア支援セミナー （申込用紙）

申込フォームにアクセスできない方は以下にご記入の上、メールで送信してください。

送信先：kango-career＊asahikawa-med.ac.jp　（迷惑メール防止のため「@」を「＊」に変えています。）

**申込者のメールアドレス：**

上記のメールアドレス宛てに連絡事項等をお送りしますので、日常的に使用しているメールアドレスをご記載ください。Zoomの接続情報等をお送りしますので、当日参加するパソコンやスマートフォンなどで受信できるメールアドレスを記載することをお勧めします。

以下にお申込み内容を記載ください。

**Zoomに接続するパソコンやタブレット等の端末１台ごとにお申し込みください。**

１台で複数の方が参加される場合は、参加される方のお名前等を下記の「７．」に記載ください。

**１．お名前を記入ください：**

※姓と名の間は空白をいれてください。　記載例）旭川　未来

**２．所属機関を記入ください：**

※記載例）〇〇保健所

**３．所属部署を記入ください：**

※記載例）〇〇課〇〇係

**４．職位を記入ください：**

**□課長　　　□主幹　　　□係長　　　□主査　　　□主任　　　□係員　　　□その他:**

**５．連絡先を記入ください：**

※日中に連絡が可能な電話番号を記入してください。　記載例） 9999-99-9999

**６．保健師経験年数：**

※満年数を記入ください。（数字のみ入力ください。）　記載例）　2年6か月の場合→「2」

７．１台の端末から複数で参加する場合

**１台のパソコンやタブレット等の端末から２名以上の方が参加される場合**は、上記に記載した方以外の①氏名②所属部署③職位④保健師経験年数を記入してください

７．１）**①２人目の氏名：**

７．１）**②２人目の所属部署：**

７．１）**③２人目の職位：**

**□課長　　□主幹　　□係長　　□主査　　□主任　　□係員　　□その他:**

７．１）**④２人目の保健師経験年数：**

７．２）**①３人目の氏名：**

７．２）**②３人目の所属部署：**

７．２）**③３人目の職位：**

**□課長　　□主幹　　□係長　　□主査　　□主任　　□係員　　□その他:**

７．２）④**３人目の保健師経験年数：**

　※４名以上の方が参加される場合は以下に行をコピーしてご記入ください。

８．コメントまたはご質問：

※セミナー講師への質問や要望などがありましたら記入ください。

以下、連絡事項をお伝えします。

連絡事項①

セミナーに関する連絡事項は上記に記入いただいたメールアドレスへお送りしますので、日常的に使用しているメールアドレスを記入ください。

連絡事項②

セミナーへはカメラ、マイク、スピーカーが利用できるパソコンやタブレット等をご用意して参加してください。

連絡事項③

指定いただいたメールアドレスへ「回答内容のコピー」と「Zoomへの接続情報」が後日送信されますので必ずご確認ください。

平日２～３日以内にメールが届かない場合は、お手数ですがお問合せ先まで必ずご連絡ください。