別紙１

申込書

［思春期保健セミナー受講にかかる経費一部負担金］

氏（ふり）　名（がな）	ふりがな 氏　名
生年月日	年　　月　　日
会員番号	
e-mail	@
所　　属	
所属住所	〒 TEL　　－　　－
受講予定のセミナー	第　　回 JFPA 思春期保健セミナー コースⅢ

私は、思春期保健相談士の資格取得後、新潟県看護協会思春期・エイズ電話相談員として協力します。

年　　月　　日　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※受講料の一部負担が決定した際は、決定通知をお送り致します。