**別紙**

「生活習慣病対策健診・保健指導の企画・運営・評価に関する研修」申込者は、受講申込書　**標準様式2**に加えて、下記に特定健診・特定保健指導に関する業務の担当年数と所属部署に関する情報を記入し提出してください。

申込者氏名

所属機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **特定健診・特定保健指導に関する業務**についての情報 | | |
| 部署名 | 期間（新しい順） | 担当業務内容 |
|  | 年　　月  ～　　現在 |  |
|  | 年　　月  ～　　年　　月 |  |
|  | 年　　月  ～　　年　　月 |  |
|  | 年　　月  ～　　年　　月 |  |
|  | 年　　月  ～　　年　　月 |  |
|  | 年　　月  ～　　年　　月 |  |
|  | **計　　　年　　　ヶ月** | |