

別紙

送付先(送付票不要) *申し込み期限 平成29年8月22日(火)
あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室
FAX: 0562-43-0504

「周産期医療現場スタッフと取り組む子育て支援に関する研修会」

参加申し込み・アンケート (平成29年9月4日開催)

御所属: _____

連絡先: 電話 () _____ 担当者名: _____

*Eメールアドレス: _____ ☆研修ご案内等に活用する場合があります

1 貴自治体で、妊娠期のポピュレーションアプローチとして支援されている内容を教えてください。

(例: 妊娠△週頃の電話・妊娠△週ごろの訪問・〇〇質問票の利用等)

2 気になる妊産婦さんへのメンタルヘルス支援はどのように実施していますか?

3 講師への質問をご記入ください。

4 出席者希望者

所属課・担当名等	参加者氏名	職種

<お知らせ>

***申込みが定員に達した場合**: ホームページ上の保健部門のページにその旨を掲載しますのでご確認ください。なお、同一所属で申込み多数の場合は、制限の連絡を差し上げることがあります。

***悪天候等の場合**: 研修会中止の場合は、ホームページ上に中止連絡を掲載します。