

公益社団法人 茨城県栄養士会会長 殿

茨城県保健医療部長
(公印省略)

令和4年度茨城県特定健康診査・特定保健指導実施者研修(初任者向け)について

日頃より、保健・福祉行政の推進に御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、メタボリックシンドローム該当者及び予備群を減少させるための効果的な保健指導を実施するため、下記のとおり、特定保健指導に従事する人材の育成を目的とした実施者研修(初任者向け)を別添のとおり開催いたします。

今年度については、新型コロナウイルス感染症の拡大状況等を踏まえ、第1回はWEB研修、第2回は集合研修(実務者のみ参加)となっております。

つきましては、関係機関へ周知くださいますようお願いいたします。

記

1 研修日程及び会場 別添日程表参照

2 受講対象者

特定健診・特定保健指導に従事する者又はその予定のある者(初任者：経験1～2年目)とし、以下の者とする。

(1) 県内の医療保険者に所属する医師、保健師、管理栄養士、事務職等

(2) 市町村衛生部門等において生活習慣病予防対策を担当する保健師、管理栄養士等

(3) 県内の民間事業者(医療機関)等において特定保健指導事業の委託を受け、当該事業に従事する者

※ 事務職の方は、第1回(初日)のみの受講となります。

3 定員 第2回 約50名

※ 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、人数を制限しております。定員数を超えた場合は、お断りさせていただく場合がありますので御了承ください。(受講不可の方には、事務局から連絡を差し上げます。)

4 受講料 無料

5 修了証書について

※ 医師、保健師、管理栄養士、看護師(実務経験者)*であって、全日程を受講された方は修了証書を交付いたします。

* 看護師(実務経験者)とは「平成20年4月現在において1年以上(必ずしも継続した1年間である必要はない。)、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する」(健発第0310007号08年3月10日)

6 申込先 茨城県保険者協議会事務局(国民健康保険団体連合会：保健事業課)

TEL 029-301-1553 FAX 029-301-1575

Eメール jigyou@ibaraki-kokuhoren.or.jp

7 申込方法 FAX又はEメールで、お申し込みください。

8 申込期限 令和4年5月13日(金)必着

9 問合せ先 茨城県保健医療部保健政策課国民健康保険室 特定健診・保健指導担当

TEL029-301-3172 FAX029-301-3139

送付先（送付状不要）

別紙

茨城県保険者協議会事務局

（茨城県国民健康保険団体連合会：保健事業課）

Fax 029-301-1575

TEL 029-301-1553

Eメール jigyou@ibaraki-kokuhoren.or.jp

令和4年度茨城県特定健康診査・特定保健指導実施者研修（初任者向け）
受講申込書

医療保険者（事業者）名 _____

電話番号 _____

担当者氏名 _____

受講申込者 ※1

受講優先順位	所属機関名	職種 ※2	(ふりがな) 氏名	受講回	備考
				第1回・第2回	
				第1回・第2回	
1	(記入例) 〇〇健保	管理栄養士	(一やま 一こ) △山 〇子		

※1：今年度、実際に特定健診・特定保健指導を行う方がお申し込みください。

※2：医師・保健師・管理栄養士・看護師(実務経験者)*・事務職等の職種を記載ください。

* 看護師(実務経験者)とは「平成20年4月現在において1年以上（必ずしも継続した1年間である必要はない。）、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する」（健発第0310007号08年3月10日）

※3：全日程を受講された方は、修了証書を交付いたします。

※4：第1回（1日目）のみの受講を希望される方は、備考欄に受講希望日を記載ください。

○ 申込先 茨城県保険者協議会事務局（国民健康保険団体連合会：保健事業課）
〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会館内
TEL 029-301-1553 FAX 029-301-1575
Eメール jigyou@ibaraki-kokuhoren.or.jp

○ 申込方法 FAX又はEメールで、お申し込みください。

○ 申込期限 令和4年5月13日（金）必着