専門家・専門医による指導事業

（様式２）

**実施報告書（健康課題解決）**

　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

所属長名

担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講演会・研修会等  の名称 |  | | | | |
| 実施日時 | 年　　月　　日（　） | 打合せ |  | ～ |  |
| 講演等 |  | ～ |  |
| 振り返り |  | ～ |  |
| 会場名 |  | | | | |
| 会場住所 |  | | | | |
| 専門家・専門医 |  | | | | |
| 参加対象 |  | | | | |
| 参加人数 |  | | | | |
| 内　　容 |  | | | | |
| 連絡事項 |  | | | | |

※　参加者の感想や写真など、活動の様子がわかるものを添付してください。