

研修会 「母体感染のリスクと対応について」
参加申込書

所属 _____

代表者氏名 _____

連絡先 (Tel・Fax・メール) _____

参加者氏名等、必要事項を記入して下さい。

*CLOCMiP®レベルⅢの認証申請に必要な研修修了証を希望する方は、必ず助産師免許番号を記入して下さい。

	参加者氏名	日本助産師会 会員・非会員 (どちらかに○)	助産師免許番号	備考
1		会員・非会員		
2		会員・非会員		
3		会員・非会員		

*4月3日(火)までに下記宛、郵送・Fax・e-mailのいずれかでお申し込みください。

*参加費は、当日受付でお預かりします。おつりのないようにご準備ください。領収書の必要な方は、備考欄にご記入ください。

参加申込先

一般社団法人福島県助産師会 宛
〒960-8141 福島市渡利字番匠町14-1 ドミール番匠206
Tel・Fax:024-573-0211 e-mail:fukushima-midwife@friend.ocn.jp