**山口県看護協会　教育研修・事業課（ＦＡＸ番号　０８３５－２４－１２３０）**

**別紙**

**◆　助産師研修会　◆**

**申込書**

**■ 平成29年8月26日（土）10：00～12：00 ■**

**テーマ：新生児の母胎外生活適応の助成**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設Ｎｏ． | 施設名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 施設住所　：　〒　　　　　　－ | ＴＥＬ　　　　　　－　 　　－ＦＡＸ 　　 　 － － |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **氏　名** | **会員番号****非会員の方は“非”に****○をつけてください** | **職能** | **職位** | **経験年数** |
| **１** |  | **No　　　　　　　非** |  |  |  |
| **２** |  | **No　　　　　　　非** |  |  |  |
| **３** |  | **No　　　　　　　非** |  |  |  |
| **４** |  | **No　　　　　　　非** |  |  |  |
| **５** |  | **No　　　　　　　非** |  |  |  |

**※申込締切：7月20日（木）**