**様式１**

**山口県看護協会　事業課行（ＦＡＸ番号　０８３５－２４－１２３０）**

**◆令和元年度　助産実践能力向上師研修　（助産師用）　申込書◆**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修テーマ | 第　2　回「グリーフケア」 | 開催日令和 元 年　　　9月15日〔　日　〕 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** | **助産師免許番号** | **経験年数** |
| **１** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |
| **２** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |
| **３** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |
| **４** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |
| **５** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |
| **６** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |
| **７** |  | **No　　　　　　　非** | **助** |  |  |

**※助産師免許番号は**CLoCMiP®**レベルⅢ認証研修修了証作成のため使用します。**

**この申込書は、本研修の運営に係る事項以外には使用致しません。**

**※申し込み締め切り　　9月10日（木）**