**山口県新人助産師研修申込書〔令和5年度〕**

**様式①**

※該当するところに記入または○をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 山口県看護協会の  入会について |
| 氏　　名 |  | 会員（山口県）  №［　　　　　］ |
| 非会員 |
| 助産師免許番号  [　　　　　　　] |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　　歳） | |
| 所属施設名 |  | |
| 施設番号  ［会員施設のみ］ |  | |
| 施設連絡先 | （〒　　　　　―　　　　　　　） | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX： | |
| E-mail： | |
| ○受講の動機、研修会に期待することなどありましたら自由にご記入ください。 | | |
|  | | |
|  | | |

※この申込書は、本研修の運営に係る事項以外には使用いたしません。

　受講にあたり山口県看護協会入会の有無は影響しません。