

周産期医療研修会／周産期看護研修会 申込書

受講を希望されるコース NO に○をつけ、受講希望日に^{チェック}☑を入れてください。(各1日ごとの受講可)

コース NO	研修会名	研修期間	申込期間
1	周産期医療研修会1〈小児科〉 □全日 □9月13日(月) □9月14日(火) □9月15日(水)	R3.9/13～9/15	7/21～8/2
2	周産期医療研修会2〈産科〉 □全日 □10月7日(木) □10月8日(金)	R3.10/7～10/8	8/9～8/20
3	周産期看護研修会A〈NICU①〉 □全日 □9月29日(水) □9月30日(木)	R3.9/29～9/30	7/26～8/6
4	周産期看護研修会B〈産科〉 □全日 □10月19日(火) □10月20日(水) □10月21日(木)	R3.10/19～10/21	8/16～8/27
5	周産期看護研修会C〈NICU②〉 □全日 □11月24日(水) □11月25日(木)	R3.11/24～11/25	9/21～10/1
ふりがな			性別
氏名			女・男
勤務先名称			
部(課科)名			
受講決定通知書送付先住所	〒		
連絡先	TEL () 携帯(緊急時連絡先) () E-mail ()		
職種 <small>*現職場での資格に○をつけてください</small>	1. 医師 2. 助産師 3. 看護師 4. 保健師 5. その他 ()		
年齢	1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代以上 ○をつけてください		
経験年数	1. 5年以下 2. 6～10年 3. 11～15年 4. 16～20年 5. 21～30年 6. 31年以上 ○をつけてください		

上記のとおり申込みします。

令和 年 月 日

<受講決定通知について> 受講可能な方には、申込み締切日以降10日を目途に送付します。

決定通知書の送付について希望する方法に○をつけてください。 ・郵送にて ・メールにて

※貴職場において所属長宛にも受講決定通知書が必要な方は、所属長の役職・氏名を下記にご記入ください。
申込み者宛の受講決定通知に同封してお送りいたします。

職場名

役職名

氏名