

# 研修会申込書

研修会名	周産期医療研修会 1. 「医師Aコース：産科編」(H30. 7/26～7/27) 申込受付期間：6/4～6/12	
ふりがな		性別
氏名		男・女
勤務先名称		
部科名	現在勤務している部署名を記入(産科病棟・NICU病棟等具体的にお願いします)	
勤務先住所	〒 TEL ( ) FAX ( ) E-mail ( )	
年齢	1. 10代    2. 20代    3. 30代    4. 40代    ○をつけてください	
通算経年数	年    か月	
勤務先以外の連絡先 (緊急連絡用)	ご本人の携帯電話( )	

上記のとおり申込みます。

平成    年    月    日

## 受講決定通知について

受講可能な方には、締切日以降10日を目途に申込者に送付します。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