研 修 会 申 込 書

研 修 会 名	周産期医療研修会 2.「医師Ｂコース：ＮＩＣＵ編」（H30.9/3～9/5） **申込受付期間：6/25～7/3**	
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	
通算経験年数	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