|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講を希望されるコースNOに〇をつけ、受講希望日に☑を入れてください。（各1日ごとの受講可） | | | | |
|  | 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〉  **コース**  NO  □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 | | （ 自宅 ・ 勤務先 ）＊〇をつけてください  〒 | | |
| 連絡先 | | TEL（　　　　　　　　　　　　　　　） 携帯（緊急時連絡先）（　　　　　　　　　　　　　　　）  E-mail（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　） | | |
| 職　　種  ＊現職場での資格に  〇をつけてください | | 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 | | |

**周産期医療研修会／周産期看護研修会 申込書**

チェック

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〇をつけてください。　　**・**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