



# 平成 30 年度栃木県助産師会第 7 回研修会

## 「新生児・乳幼児ケアのスキルアップ研修」

【申し込み先】 FAX 送信あて先 0285-58-7516 (栃木県助産師会宛)

+++++

### 平成 30 年度栃木県助産師会第 7 回研修会申込書

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

\* 栃木県助産師会会員外で、受講修了証書希望の場合、住所を記載ください。

e-mail アドレス : \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

ご所属 \_\_\_\_\_

参加資格 : 栃木県助産師会会員 (センター登録会員 有 ・ 無 )

日本助産師会会員 (所属 \_\_\_\_\_)

非会員 (職種 : \_\_\_\_\_) ・ 学生

参加内容 : (該当するものに○をつけてください)

《午前の部》参加 (アドバンス助産師【開業型】更新のための指定研修の修了証書希望 有)

《午後の部》参加 (CloCMip®レベルⅢ認証の必須研修の修了証書希望 有)

\* ご希望の方は、原則として受講可能です。

.....  
要望等