

一般社団法人日本家族計画協会 母子保健指導部担当者 宛

FAX 03-3267-2658

(FAXにて送信してください)

\*\*\*\*\*

母子保健指導員研修会 <当日参加申込書> \*先着順

参加日： 年 月 日 (火)

※会員が優先となりますので、当日参加の申込みが多数の場合、お席の都合上、お断りする場合がございます。予めご了承ください。

氏 名：

勤 務 先：

資 格： 保健師・助産師・看護師・その他（ ）

連 絡 先： 自 宅 ・ 勤務先 （どちらか○で囲む）

連絡先住所：〒

電話番号：

FAX番号：

母子保健指導員研修会をどのようにお知りになりましたか

紹介・HP・セミナー案内・機関紙・その他（ ）

事務局への連絡事項：

\*\*\*\*\*

**\* 研修会当日に年会員へ入会申し込みいただいた場合でも、当日参加費 3,000 円は返金いたしません。**