

## 令和5年度 九州地区母子保健事業研修会申込書

送付先：kod-kosodate@city.kitakyushu.lg.jp（北九州市子育て支援課母子保健係宛）

お申込日	令和5年 月 日	締め切り：令和5年10月18日（水）
県・市・施設等名称		
住所		
電話・FAX	電話	FAX
ご担当者氏名		

	職 種 (保健師・看護師・母子保健推進員・保育士など)	氏 名	参加について (○をご記入ください)
1			午前 ・ 午後 ・ 終日
2			午前 ・ 午後 ・ 終日
3			午前 ・ 午後 ・ 終日
4			午前 ・ 午後 ・ 終日
5			午前 ・ 午後 ・ 終日
6			午前 ・ 午後 ・ 終日
7			午前 ・ 午後 ・ 終日
8			午前 ・ 午後 ・ 終日
9			午前 ・ 午後 ・ 終日
10			午前 ・ 午後 ・ 終日