

8月25日(水) 〆切

送信票は不要です。このままお送りください

送信先	あて先	青森県看護協会 総務課 平川 行き
	FAX 番号	017-735-3836

令和3年度 産後ケア事業推進交流会 申込用紙

施設名		申込担当者	
電話番号	()	-	

※会場参加かリモート参加の別を○で囲ってお申し込みください。※

1. 会場参加

No	氏名	役職	職種	青森県看護協会 会員情報
			(<input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください)	
1			<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護管理者 <input type="checkbox"/> 行政母子保健担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 会員 (会員No.) <input type="checkbox"/> 非会員
2			<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護管理者 <input type="checkbox"/> 行政母子保健担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 会員 (会員No.) <input type="checkbox"/> 非会員

2. リモート参加 (先着 100 名)

No	氏名	役職	職種	青森県看護協会 会員情報
			(<input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください)	
1			<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護管理者 <input type="checkbox"/> 行政母子保健担当者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 会員 (会員No.) <input type="checkbox"/> 非会員
	メールアドレス (必須)			

*講師の諏訪赤十字病院 三輪恵美氏に聞いてみたいことがあればご記入ください

