

<送信先>青森県こどもみらい課 家庭支援グループ郡川行  
FAX: 017-734-8091  
締切: 令和5年8月10日(木)

## 産後ケア事業推進交流会 参加申込書

施設名 \_\_\_\_\_

申込担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

No	ふりがな 氏名	役職	職種 ( <input type="checkbox"/> ✓してください)
1			<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他(                      )
2			<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他(                      )
3			<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他(                      )

講師の先生に質問あればご記入ください。

締切: 令和5年8月10日(木)