申込フォーム、メールでの提出が難しい場合のみＦＡＸをご利用ください。

＜送信先＞青森県こどもみらい課　家庭支援グループ　郡川行

**メール：kateishien@pref.aomori.lg.jp**

**ＦＡＸ：０１７－７３４－８０９１**

**締切：令和６年１１月８日（金）**

**令和６年度産後ケア事業推進交流会（地域母子保健関係職員研修会）**

**参 加 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 申込担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No |  | 役職 | 職種  （□✓してください） |
| 1 |  |  | □医師　　　　　□助産師  □看護師　　　 □保健師  □事務職  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 2 |  |  | □医師　　　　　□助産師  □看護師　　　 □保健師  □事務職  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 3 |  |  | □医師　　　　　□助産師  □看護師　　　 □保健師  □事務職  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |

講師の先生に質問や意見交換したい内容がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**締め切り　令和６年１１月８日（金）**