

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	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)