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１０月２９日（火）

令和６年度「母子歯科保健研修会」

『妊娠期から切れ目なく親子に寄り添うために～こども家庭センターと寄り添い支援』

参 加 申 込 書

施設名	
申込担当者名	
電話番号	

No	施設名/部署名	氏名（ふりがな）	役職	職種（□✓してください）
1				□医師　□助産師 □看護師　□保健師 □保育士　□事務職 □その他（　　）
2				□医師　□助産師 □看護師　□保健師 □保育士　□事務職 □その他（　　）
3				□医師　□助産師 □看護師　□保健師 □保育士　□事務職 □その他（　　）

※不足の場合は２枚ご使用ください。

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。

＜研修内容に関する問い合わせ先＞
公益社団法人　母子保健推進会議　研修係　電話　03-6902-2311 メール　bosui@bosui.or.jp