仮申し込み送付先：青森県立中央病院総合周産期母子医療センター情報室

 FAX：017-726-8439

お名前：

ふりがな：

所属：

職種：

職歴：　　　 　　　　年目

PCメールアドレス（携帯不可）：

生年月日： 年　　　　月 　　日

連絡先電話番号：

申し込みが多い場合には，事務局で決定させていただきます．