

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。