

年 月 日

宛先：日本周産期・新生児医学会事務局 FAX：03 - 5228 - 2104

日本周産期・新生児医学会  
フォローアップコース 受講申込書

開催日： 2018年7月1日 (日)

会場名： 青森県立中央病院

フリガナ

氏 名： \_\_\_\_\_

※修了認定番号：I・J - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※有効期限： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

.....  
 医師  看護師  助産師  その他 ( \_\_\_\_\_ )

施設名： \_\_\_\_\_

所属名： \_\_\_\_\_

連絡先住所：〒 \_\_\_\_\_

TEL/FAX : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

【下記事項にお答えください】

このNCPRインストラクターフォローアップ講習会でどんなことを学びたいですか？（該当箇所に☑してください）

- ガイドライン2015について
- スキルアップコースについて
- インストラクションの手法や自身のインストラクションの維持
- 他インストラクターとの情報交換、交流
- 自身の知識や手技の確認
- 講習会の開催方法、事務手続き
- その他