

青森県こどもみらい課家庭支援グループ 成田 行
FAX送信先 017-734-8091

平成30年度不妊症等に関する講演会及び不妊相談員研修会

参加申込書

所属 _____

送信者 _____

電話 _____

| | 氏名 | 職種 | 参加対象 (参加希望を○で囲んでください) | |
|---|----|----|--------------------------|--------------------|
| | | | 講演会 13:00~13:55 | 研修会 14:10~16:10 |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

不妊治療等に関してお聞きになりたいことがありましたら、御記入ください。

※10月24日(水)までにお申し込みください。