

(別紙1)③医療機関・助産所等

【申込先】兵庫県庁健康増進課 村上 行
【申込期限】 10月1日(火)
※FAXまたはメールにてお申込みください。
■FAX:078-362-3913 (送信票不要)
■Mail: hokenshido@pref.hyogo.lg.jp

令和元年度 妊娠・出産包括支援研修会／利用者支援事業研修会
参加申込書【10月17日(木)開催】

1 参加申込欄

- ・定員を超える場合は、人数制限させていただく場合があります。
(出席いただけない場合のみ、ご連絡します。)
- ・行が足りない場合は、挿入してご記入下さい。(セルの結合や列の挿入はしないでください。)

勤務地の市町名	所属	役職名	職種	氏名	電話	連絡先メールアドレス
【記載例】 神戸市	〇〇病院	主任	助産師	兵庫 花子	078-362-3250	hokenshido@pref.hyogo.lg.jp

2 自由記載

グループワークで意見交換したいテーマがあれば、ご記入ください。

--