

社団法人東京都助産師会

助産所研修申込

社団法人 日本助産師会 会員番号		(支部名: _____ 都・道・府・県)	
ふりがな 氏名		年齢	
		助産経験年数	
住所	〒	電話	
		FAX	
		Mail	
勤務先		活動 内容	
研修目的	分娩見学・妊婦健診・産褥健診・母乳育児ケア・出産準備クラス・訪問ケア・交流(希望に○を)		
	(できるだけ具体的に教えて下さい)		
研修希望助産院	第1希望	助産所名称	
		希望日数	
	希望時期		
	第2希望	助産所名称	
		希望日数	
	希望時期		
第3希望	助産所名称		
	希望日数		
希望時期			
研修回数	① 第1希望から第3希望までのどこか1か所でよい ② 可能であれば第1希望から第3希望まで3か所すべて ③ その他		

申込先：社団法人東京都助産師会 FAX. 03-5981-3034

\* メールでの送付も可 E-mail: info@jmat.jp