**FAX送信票**

（**送信先）送り状は不要です。**

**大分県福祉保健部医療政策課看護班**

**担当：井元　麻衣**

**FAX:０９７－５０６－１７３４**

**助産師キャリアアップ研修会**

**受講申込書**

　　　　　　所属

　　　　　　担当者

　　　　　　連絡先

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名** | **メールアドレス** | **職種** | **大分県助産師会会員**  **（〇をつけてください）** |
| １ |  |  |  | 会員・非会員・学生 |
| ２ |  |  |  | 会員・非会員・学生 |
| ３ |  |  |  | 会員・非会員・学生 |
| ４ |  |  |  | 会員・非会員・学生 |
| ５ |  |  |  | 会員・非会員・学生 |
| ６ |  |  |  | 会員・非会員・学生 |

**＊記載いただいたメールアドレスにZOOMのURLや当日の資料を送付します。**

**１１月２４日までにメールが届かない場合は担当へご連絡下さい。**

**申込期日：令和４年１０月２８日（金）**