２０１9年度　一般社団法人兵庫県助産師会主催「助産所研修」申込用紙

FAX　０７８－３６２－２７３７（２４時間送信可）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修希望助産所（半日チケット最大4枚まで利用可。研修先は全期間を通して2施設までになります）  ※研修先は　1施設・2施設　を希望します。（←どちらかに○をつけてください） | | |
| 第1希望 |  | ※第1希望チケット枚数　　　枚 |
| 第2希望 |  | ※第2希望チケット枚数　　　枚 |
| 第3希望 |  | 調整がつかなかったとき変更の可能性あり。  その場合、ご連絡により枚数を決定します。 |
| 助産所研修希望目的（最も当てはまるものを3つ選んでください） | | |
| □助産所開設予定である　　　　□院内助産開設予定である　　　　□現在助産所開設中である  □現在院内助産実施している　　□妊婦健診に関して学びたい　　　□お産に関して学びたい  □新生児に関して学びたい　　　□入院中のケアに関して学びたい  □母乳ケアに関して学びたい　　□助産所のケアの特徴を学びたい  □勤務先でのケアに活かしたい □産後ケア事業について学びたい  □地域医療連携について学びたい  □その他（具体的にご記入ください）  ［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | |
| 上記で選択した研修希望目的について、具体的にご記入ください | | |
|  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 勤務先 | |
| 氏　名 |  |
| 日本助産師会 | 日本助産師会会員ですか　【　はい ・ いいえ　】 | 日本助産師会  会員番号 |  |
| 日本助産師会に入会希望ですか【 はい ・ いいえ 】  ＊入会案内を送付させていただきます |
| 受付書類送付先 | □　勤務先　　　　□　自宅 | | |
| 〒　　　　　－  　　　　　　　　府・県 | | |
| 連絡先 | 緊急の連絡事項がある場合に使用することがあります  ○自宅電話番号　　　　　　　　　　　　　 　○自宅FAX番号  ○携帯電話番号　　　　　　　　　　　　　　（電話番号どちらか必須記入）  ○E-mail（パソコン）  　　 （携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（E-mailどちらか必須記入） | | |