**大阪府　助産師会　教育委員会主催**

**3月　定例研修会**

**NCPRスキルアップコース受講申し込み**

**氏　　名**

**助産師会会員番号**

**電話番号**

**AもしくはBコース　認定番号**

**認定番号の有効期限**

**………………………………………………………**

**＊申し込み受付期間　1/4(月)～1/31(木)**

**＊申し込み方法　　　持参・郵送・FAX**

**（注：メール不可）**

 **（一社）大阪府助産師会**

**〒543-0032 大阪市天王寺区細工谷1-1-5**

**ＦＡＸ** 06-6775-8446

　 ＴＥＬ　　　06-6771-6537