

(様式1)

平成 29 年度第 1 回産後ケアエキスパート助産師認定講習会申込書

ふりがな
氏 名 _____ (年齢 _____)

住 所 _____

連 絡 先 ☎ _____

E-mail _____

助産師籍登録番号及び登録年月日 NO _____ 年 月 日

実務経験(_____ 年)

どちらかに○をしてください。

- ・ 会 員 _____ 班 (会員番号 _____)
- ・ 非会員

産後ケア事業従事についての質問です。(該当する番号に○をお願いします。)

- ① 産後ケア事業に従事している
- ② 産後ケア事業に従事する予定がある
- ③ 機会があれば産後ケア事業に従事したい
- ④ 自身のスキルアップのために
- ⑤ その他(_____)