

令和3年度兵庫県立こども病院周産期医療センター研修会参加申込書

兵庫県立こども病院総務課 へ
 (FAX番号 078-302-1023)

(申込日) 令和3年 月 日

| | | | |
|-----------------------------|----|-------|--|
| 施設名 (個人の場合は氏名) | | | |
| 施設所在地 (個人の場合は住所) | 〒 | | |
| 電話番号 | | ファックス | |
| メールアドレス | | | |
| 参加者 〔 職種 〕 〔 氏名 〕 | 職種 | 氏名 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※職種分類 (職種欄に記載) ・助産師 ・産科看護師 ・小児科(新生児科)看護師 ・保健師
 ・産科医師 ・小児科医師 ・医療技術職 ・事務・行政職 ・その他