年　　月　　日

訪問指導基礎セミナー申し込み票	
送信先	FAX No.　０４６－２００－７０８６ 日本助産師会神奈川県支部 御中 （担当：張ヶ谷）
申込者 連絡先	氏名　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 会員　・　非会員（どちらかに〇をつけて下さい） 職種　　：助産師　・　保健師　・　看護師 勤務先　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 住所　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話（緊急連絡先）　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申し込み確認メールが欲しい方はメールアドレスを記載ください。） Email　　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊何かございましたら、こちら余白にご記入ください。