

送信先：FAX 045(681)0925

横浜市こども青少年局 こども家庭課 親子保健係 井ノ上^{いのうえ} 行

※送信票は不要です。必要事項を御記入いただき、このままお送りください。

【申込期限】平成29年12月4日(月)まで

横浜市訪問型母乳相談事業研修会(12月4日)申込書

医療機関名	
医療機関住所	横浜市 区
医療機関連絡先	電話 ()
	FAX ()
氏名	主たる診療科 ()

医療機関の看護師等コメディカルの方につきましては、下記に御記入ください。

所属	職種	氏名