島根県助産師会　キャリアラダー研修　研修申込書

**参加者を下記にご記入の上、メール添付または郵送でお申し込み下さい。**

**※今回、FAXはありません。**

**【お問い合わせ・申し込み】**

**看護栄養交流センター　　 E-mail：**i-koryu@u-shimane.ac.jp 　**TEL：（0853）20-0220**

**〒693-8550　出雲市西林町151（島根県立大学　出雲キャンパス　飯島）**

**または**

**島根県助産師会ホームページ**https://www.josanshimane.or.jp　（会員は参加者個人で申し込みができます）

**申し込み〆切　令和元年6月10日（月）　　　　　参加者は要項の取得をしましょう。**

**代表者氏名**

**所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話）**

**・会員は修了証発行、受講申請の都合上、会員番号を必ず記入ください**

**・必要な箇所に〇印をいれてください**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参　加　者　名** | **会員No.** | **非会員（○印）** | **27日（木）** | **28日（金）** | **お弁当** |
| **第１講座** | **第2講座** | **第3講座** | **第4講座** | **27日** | **28日** |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **32-** |  |  |  |  |  |  |  |

・・・・・・・・・・・・・・・郵送の場合、切り取り貼付してお使いください・・・・・・・・・・

　　　〒693-8550　出雲市西林町151

島根県立大学　出雲キャンパス

看護栄養交流センター 　飯島　久美子宛