**研修会申込書**

一般社団法人岩手県助産師会

FAX　019-681-4103

**2017年7月21日（金）開催の**

**岩手県助産師会　中央地区支部　研修会に参加します。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **職種** | **会員・非会員** | **所属** | **懇親会参加** |
| **会員** | **非会員** |
| **（例）****○山　×子** | **助産師** | **○** |  | **○○病院** | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |
|  |  |  |  |  | **参加・不参加** |

**※締切7/18（火）としますが、当日参加も可能です**

**※当該情報は本研修会のみに使用し、他には使用いたしません**