様式①　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人埼玉県助産師会

助産所研修申込書

　会員：所属 (　　　　　都・道・府・県　　　　地区　　　　部会　)　　　非会員

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 年齢 |  |
| 助産経験年数 |  |
| 住所 | 〒 | 電話 |  |
| FAX |  |
| Mail |  |
| 勤務先等 |  | 活動内容 |  |
| 研修　動機 | （できるだけ具体的にお書きください） |
| 研修希望助産所 | 第１希望 | 助産所名称 |  | 研修期間及び日時 |  |
| 希望時期 |  |
| 第２希望 | 助産所名称 |  | 研修期間及び日時 |  |
| 希望時期 |  |
| 第３希望 | 助産所名称 |  | 研修期間及び日時 |  |
| 希望時期 |  |
| 備考 | 第１希望から第３希望の中から、研修動機に応じた助産所を紹介いたしますので、ご了承ください。 |

申込先　mw-saitama@royal.ocn.ne.jp