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