虐待予防のための妊娠期からの他職種連携　申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | □兵庫県　□京都府　□奈良県　□和歌山県　□滋賀県　□大阪府（必ずチェックを入れてください） |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| 代表者 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属（病棟名等）受講決定通知書送付、また問い合わせ等のため、必ずご記入ください。 |
| 1 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 | 6 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 2 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 | 7 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 3 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 | 8 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 4 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 | 9 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 5 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 | 10 | □会員（県協会№）　　　　　　　　　　　　　　　　　　□非会員　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【申込方法】

* 研修申込用紙に必要事項をご記入の上、郵送にてお申し込みください。
* 個人でお申し込みの方は、「№1」の欄にも記入し、返信用封筒（長3号・宛先明記・82円切手貼付）を同封してください。
* 複数名でお申し込みの施設は、返信用封筒（角2号・宛先明記・140円切手貼付）を同封してください。