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。