公益社団法人富山県看護協会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 団体名 |  |
| 団体の住所 |  |
| 申込者 |  |
| TEL |  |
| e-mail |  |

助産師による「いのちの教室」を利用したいので、次のとおり申込みいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 　　　　　年　　月　　日（　　） | 午前 | 　　：　　～　　：　　 |
| 午後 |
| 開催場所 |  |
| 参加人数 | 　　　　　　人 |
| 開催の目的 |  |
| 備考 |  |

※開催2ヶ月前までにメールinfo＠toyama-kango.or.jpへお送りください。

※協会内で担当助産師を選定の後は、直接担当より申込書記載のTELまたはメールアドレスへご連絡させていただきますのでご了承ください。

 協会使用欄

【助産師職能委員会担当】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【協会】受付・返信日 | 【理事】担当者決定（氏名） | 【協会】依頼文発送 |
| 受付・返信日 | 担当 |  | 職能委員 |  | 要 | 発送日 |
|  | その他 |  | 要・不要 | 発送日 |