筑波大学附属病院 成育支援室　行
ＦＡＸ．０２９－８５３－８８１９

# 第 15 回つくば母乳育児支援勉強会（2017.9.30）

## ＜　申　込　書　＞

平成　　年　　月　　日

*は必須項目

| | | | |
|---|---|---|---|
| *氏　名 | ふりがな | 性別 | 年齢 |
| | | | 歳 |
| | *英表記（修了証に記載します） | | |
| *職　種 | □助産師　□看護師　□保健師　□産婦人科医師<br>□小児科医師　□新生児科医師　□教員（保助看教育）<br>□看護大学院生　□保育士　□栄養士　□薬剤師<br>□IBCLC　□学生　□その他（　　） | | 経験年数<br>年 |
| *勤務先名称 | （　　都・道・府・県） | | |
| *連絡先<br>（□勤務先）<br>（□自宅） | 〒　　－<br>都道　　市町<br>府県　　村 | | |
| | TEL.　　FAX. | | |
| 個人の E-mail | @ | | |
| 聴講用スペース使用希望 | 無　・　有　⇒ | お子様の年齢・人数 | |
| 自由記載欄 | | | |