

FAX 送信状：S コース (申込は 1名につき1枚 をお願いします)

平成 29 年度 筑波大学 第 3 回新生児蘇生法講習会
スキルアップコース (S コース) 受講申込書

_____ 年 月 日

Fax : 029-853-8819

宛先：筑波大学附属病院 成育支援室

申込締切日：2017年11月1日(水)

開催日：2017年11月17日(金)17時~20時

1) 氏名 (ふりがな) _____ (_____)

2) 勤務先 _____

所属 産科 小児科 その他 (_____)

3) 職種 看護師 助産師 医師 その他 (_____)

4) 修了認定証(ピンクのカード)記載の認定番号 _____ - _____

有効期間 _____ 年 月 日

5) メールアドレス (携帯は不可) _____

6) 勤務先住所 (〒 _____ - _____) _____

7) 勤務先電話/Fax _____

8) 備考欄

注) 認定番号の記載のない方、有効期限が切れている方は受講できませんので
ご注意ください。