

FAX 送信状：A 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
専門コース（A 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

受付締切日：2018 年 2 月 16 日（金）

開 催 日：2018 年 3 月 3 日（土）

1) 氏 名 _____

2) ふりがな _____

3) 施設名 _____

4) 所 属 産科 小児科 その他（_____）

5) 職 種 看護師 助産師 医師 その他（_____）

6) 勤務先住所 _____

7) 勤務先 電話/Fax _____ / _____

8) メールアドレス（あれば）_____

9) 日本周産期・新生児医学会の
学会員である 学会員ではない

10) 備考欄

