

宛先	標 題	発 信
栃木県保健福祉部 こども政策課 母子保健担当 舘脇 宛	令和5(2023)年度養育支援従事者研修会の 開催について(回答)	令和6年 月 日

締切	2月22日(木)
方法	メールまたは FAX

医療機関名

助産所名

担当者職氏名

連絡先電話番号

FAX番号

メールアドレス

No.	所 属	参加者氏名	職 名	職 種 (該当する職種に○をつけてください。)
記入例	〇〇病院	〇〇 〇〇	師長	医師・助産師・看護師・事務 その他()
1				医師・助産師・看護師・事務 その他()
2				医師・助産師・看護師・事務 その他()
3				医師・助産師・看護師・事務 その他()
4				医師・助産師・看護師・事務 その他()
5				医師・助産師・看護師・事務 その他()

※定員を超える申込があった場合は人数を調整することがございますので、予め御承知おきください。
 ※招待アドレスについては、本書に記載いただいたアドレス宛てに送付いたします。