

函館中央病院 新生児蘇生法講習会事務局 行

## 新生児蘇生法「専門」コース講習会 申込書

申込日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名	
勤務先	
日本周産期新生児医学会	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員
連絡先電話番号 (自宅・携帯・職場)	
職 種 (該当箇所には○を記入して下さい)	小児科医師・産婦人科医師・医師 (                      科)・研修医 助産師・保健師・看護師・准看護師・看護学生 その他 (                      )
備 考	

《送付先》

040-8585

函館市本町 33 番 2 号

社会福祉法人 函館厚生院 函館中央病院

周産期センター 上野直美 又は 総務課

電話：0138-52-1231 FAX：0138-54-7520