

## 助産師出前授業 申込書

申込日 年 月 日

申込者に関する記入欄			
学校名			
代表者		役職	
担当者		役職	
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
メール			

講座内容に関する記入欄			
開催希望日	年 月 日	希望時間	: ~ :
開催会場			
会場住所	〒		※同上であれば省略可
対象学年		参加予定人数	
希望内容 その他の事項			

上記の必要事項に記入の上、メール・FAX・郵送にてお送りください。  
ホームページの注意事項をよくご確認くださいませようお願い申し上げます。  
申込者の個人情報、本授業の運営以外の目的で使用することはありません。

<お問い合わせ・お申し込み>  
佐久医療センター人材育成推進室  
住所 〒385-0051 長野県佐久市中込3400-28  
TEL 0267-62-8181 / FAX 0267-88-7354  
E-MAIL sakukouza@sakuhp.or.jp