

「三重県立総合医療センター 新生児蘇生法講習会 Bコース」参加申込書

1. 参加希望者の氏名（ふりがな）： \_\_\_\_\_

職種： \_\_\_\_\_

日本周産期・新生児医学会：      会員      非会員 \_\_\_\_\_

2. 施設名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

F A X : \_\_\_\_\_

3. 希望の方に○をつけてください

（ 第1回目 8月6日希望      ・      第2回目 8月27日希望 ）

\*令和元年7月19日（金）までにFAXにてお申込みください。

F A X : 0 5 9 - 3 4 7 - 3 5 0 0

\*受講決定者には後日、研修会詳細についてご連絡します。

事務局：地方独立行政法人 三重県立総合医療センター  
臨床研修センター 田中

〒510 - 8561

三重県四日市市大字日永 5450 番地 132

電話：059 - 345 - 2321 FAX：059 - 347 - 3500