様式 1

受講者推薦・受講申込書

<table>
<tr><td>希望する講座名
希望コースを〇で囲み、コース名を記入して下さい。</td><td colspan="4">1．テーマ別研修会 第　　回
主題名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
2．地域母子保健 第　　回
主題名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td></td><td>昭和・平成　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">勤務先</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">職種</td><td rowspan="3">1．医師（産婦人科）
2．医師（小児科・NICU）
3．保健師　4．栄養士
5．助産師　6．看護師
7．保育士
8．その他（　　）</td></tr>
<tr><td>名　　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>部課係名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td>住所等</td><td colspan="3">〒

TEL　（　　）FAX（　　）
E-mail （　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">通算経験年数</td><td colspan="3">年　　か月</td></tr>
<tr><td colspan="2">勤務先以外の連絡先
（緊急連絡用）</td><td colspan="3">ご本人の携帯電話（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">施設の特徴・
自分の主な仕事内容</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">研修参加における課題・学びたい事</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">推薦理由</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記のとおり（ 推薦 ・申込み)します。

平成　　年　　月　　日

役職名*

氏　名　　印

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会
総合母子保健センター所長 様

***受講者本人によるお申込みの場合、役職欄の記入は不要です。お名前のみ記入、押印して下さい。**