

受講者推薦・受講申込書

受講を希望されるコース NO に○をつけてください。

NO	研修会名	研修期間	申込期間	
1	地域母子保健	1. 乳幼児保健・育児支援	28.6/13～6/14	5/2～5/11
2		2. 乳幼児期に見られる諸問題	28.7/13～7/15	5/23～6/1
3		3. 発達障害児の早期発見と支援	28.10/26～10/28	8/22～8/31
4		4. 乳幼児保健：大阪編	28.11/9～11/11	8/29～9/7
5		5. 地域栄養活動～妊産婦から子ども～	28.12/1～12/2	9/26～10/6
6		6. 低出生体重児の成長と支援	29.1/26～1/27	11/17～11/28
7		7. 地域母子保健と保健師活動	29.2/9～2/10	12/1～12/12
8		8. 母子保健活動における児童虐待予防①東京	28.6/27～6/29	5/16～5/25
9		8. 母子保健活動における児童虐待予防②仙台	28.7/20～7/22	5/30～6/8
10		8. 母子保健活動における児童虐待予防③福岡	28.9/13～9/15	6/27～7/6
11	新生児スクリーニング検査技術者等研修会	28.6/23～6/24	5/9～5/18	
12	周産期医療研修会	1. 医師Aコース：産科編	28.7/28～7/29	6/6～6/15
13		2. 医師Bコース：NICU編	28.9/5～9/7	6/20～6/29
14		3. 看護Aコース：産科編	28.11/16～11/18	9/5～9/14
15		4. 看護Bコース：NICU編	28.12/7～12/9	10/3～10/11
16		5. 看護Bコース：NICU編 地方開催	29.1～2月開催予定	
ふりがな		性別	生年月日	
氏名		女・男	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
勤務先名称				
部(課科)名				
勤務先住所等		〒 TEL () FAX () E-mail ()		
職種 <small>*現職場での資格に○をつけてください。</small>		1. 医師(小児科・NICU) 2. 医師(産婦人科) 3. 保健師 4. 助産師 5. 看護師 6. 保育士 7. 検査技術者 8. 管理栄養士 9. 栄養士 10. その他 ()		
経験年数		年 月		
緊急連絡先				

上記のとおり (推薦 ・ 申込み) します。

平成 年 月 日

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

役職名*
氏名