**ふくしま助産師実践力向上研修　研修申込書**

所属施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

記入日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | |
| 氏　　　名 | | |  | | |
| 研修補償制度  「will＆e-kango」加入必須項目 | | 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　日 | | |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号  ※緊急連絡にも使用 |  | | |
| 助産師免許証番号  ※CLoCMipレベルⅢ必須研修の報告のため | | |  | 助産師経験年数 | 年　　ケ月 |
| 研修目標 | | |  | | |
| 実　践　研　修 | 研修番号 | | 1. 助産師外来　　　　　　②　ハイリスク妊産褥婦 2. ハイリスク新生児　　　④　地域の助産所 | | |
|  | 希望の研修番号 | 学びたいこと | | |
| 第1希望 |  |  | | |
| 第２希望 |  |  | | |
| 第３希望 |  |  | | |

　※希望の範囲で調整する場合があります

|  |
| --- |
| その他（特記事項や気になることがあればご記入ください） |
|  |

※受講申込の際に添付してください

※PDFにしないでWordのまま添付してください