

受付番号（委員会使用）：_____

申請日： 年 月 日

申請書

氏名	(会員番号)
住所	〒
連絡用電話番号	
連絡用メールアドレス	
助産師歴（年）	
勤務先	
勤務先住所	〒
電話番号	
所属地区分会	
専門部会	
備考	

過去3年間の実施数 回 （氏名 ）

生・性の教育の見学・実施

受付番号	事務記載	
氏 名 会員番号		
開 催 日		
講 座 名		
会 場		
対 象 者 対象人数		
講座の目的（見学の場合は実施者に聞いて下さい。）		

講座内容と 主な時間	時間	内容（具体的に）	方法（資料等）
○○:○○ ~○○:○○ （ 分間）			
感想（見学） 評価（実施）			
責任者名 （連絡先）	電話／メール _____		

研修会受講書貼付欄（2019～2020年度）