

『神戸市看護大学助産専攻科 講義見学 申し込み』

送信年月日 平成 年 月 日

お名前：

施設名：

参加人数： 人

電話番号：

FAX 番号：

参加ご希望の講義に○をお付け下さい

- | | | |
|--------------------------|----------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 4 月 18 日 (月) | アロマセラピー (第 1 回) |
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 4 月 21 日 (木) | ラクテーション (第 1 回) |
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 5 月 16 日 (月) | アロマセラピー (第 2 回) |
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 7 月 21 日 (木) | ラクテーション (第 2 回) |
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 9 月 15 日 (木) | 漢方 |
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 9 月 20 日 (火) | ヨガ・整体 (第 1 回) |
| <input type="checkbox"/> | 平成 23 年 9 月 27 日 (火) | ヨガ・整体 (第 2 回) |
| <input type="checkbox"/> | 平成 24 年 1 月 11 日 (水) | 性感染症予防 |
| <input type="checkbox"/> | 平成 24 年 1 月 25 日 (水) | 女性専用外来 |

☆お申し込み期限☆ 講義見学日の 1 週間前

送信枚数 1 枚 (送信票含めて)

送付先

神戸市看護大学 助産学専攻科 藤井ひろみ

住所：〒651-2103 神戸市西区学園西町 3 - 4

Tel&Fax 078-794-8062

E-mail fujii@tr.kobe-ccn.ac.jp