

# 佐賀県総合周産期母子医療センター研修事業

## 第7回 佐賀総合周産期フォーラム 参加申込書

平成 30 年 2月 18 日(日)開催分

国立病院機構佐賀病院  
地域医療連携室 宛

F A X (0120) 872-882

ご施設名 \_\_\_\_\_

ご出席者氏名(職種) 例 :     〇〇 〇〇〇                                     ( 看 護 師 )

\_\_\_\_\_ (                                     ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (                                     ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (                                     ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (                                     ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (                                     ) \_\_\_\_\_

ご連絡先  
(電話番号) \_\_\_\_\_