

# FAX 072-960-1052

★FAX受領後、3営業日以内に、「受付完了・注意事項」のご連絡をいたします

## 母乳育児支援 助産師やまげんの “知恵袋”セミナー お申込フォーム

◆お申込 参加人数	_____名
※4名様以上でお申込の方は、この用紙をコピーしてお使いください	
	合計 送付枚数

※弊社記入欄

開催地 ( \_\_\_\_\_ )

開催日 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ )

申込NO: \_\_\_\_\_

◆案内書送付先住所 (※参加代表者の自宅以外の場所へ送付希望の場合、ご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_

名称: \_\_\_\_\_ ※病棟名等、出来るだけ詳しくご記入ください

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

ID	_____	ふりがな	_____	(女・男)
◆参加代表者 氏名:	〒 _____	資格:	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
ご自宅住所:	都道府県 _____	◎ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( _____ 週)	※セミナー受講時	
◆所属施設 / 勤務先名 ( _____ )	都道府県 _____	その他:	<input type="checkbox"/> フリー、 <input type="checkbox"/> 休職中 ( _____ )	
◆mailアドレス:	_____@_____	◆メルマガ:	メンテ “カ” UP 通信を申込 <input type="checkbox"/>	
※セミナー受講に必要な「持ち物」は、HP・チラシ等をご参照の上、希望されるアイテムに、 <input type="checkbox"/> チェックをしてお申込ください				
◇「テキスト書籍」は必須です				
①テキスト書籍 『トコちゃん誌上助産院へいらっしゃい!』				
<input type="checkbox"/> 1,300円+税				

お振込時の控え「払込票兼受領証」は  
**公的な領収証としてご利用いただけます**

別途、トコ企画発行の「領収証」を希望される方は、  
右記(1)(2)のご希望内容にチェックを入れてください



(1) 領収証の宛名 所属先 所属先・代表者名 所属先・各参加者  
代表者(個人名のみ) 各参加者

(2) 金額 合計金額 受講料と申込教材費を分ける

注)お振込時の「払込票兼受領証」と引換になります

ID	_____	ふりがな	_____	(女・男)	資格:	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
◆参加者2 氏名:	〒 _____	◎ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( _____ 週)	※セミナー受講時				
ご自宅住所:	都道府県 _____	TEL: _____	FAX: _____				
◆所属施設 / 勤務先名 ( _____ )	都道府県 _____	その他:	<input type="checkbox"/> フリー、 <input type="checkbox"/> 休職中 ( _____ )				
◆mailアドレス:	_____@_____	◆メルマガ:	メンテ “カ” UP 通信を申込 <input type="checkbox"/>				
①テキスト書籍 『トコちゃん誌上助産院へいらっしゃい!』							
<input type="checkbox"/> 1,300円+税							

ID	_____	ふりがな	_____	(女・男)	資格:	<input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
◆参加者3 氏名:	〒 _____	◎ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( _____ 週)	※セミナー受講時				
ご自宅住所:	都道府県 _____	TEL: _____	FAX: _____				
◆所属施設 / 勤務先名 ( _____ )	都道府県 _____	その他:	<input type="checkbox"/> フリー、 <input type="checkbox"/> 休職中 ( _____ )				
◆mailアドレス:	_____@_____	◆メルマガ:	メンテ “カ” UP 通信を申込 <input type="checkbox"/>				
①テキスト書籍 『トコちゃん誌上助産院へいらっしゃい!』							
<input type="checkbox"/> 1,300円+税							