

第34回母乳育児シンポジウム参加申し込み書

受付:	月 日
NO.	

【期日：2026年8月29日(土)～8月30日(日) 大阪市】

(フリガナ) 参加者氏名			日本母乳の会	参加方法
			() 会 員	() 会場
			() 未会員	() WEB
職 種	産科医 小児科医 _____科医師 助産師 看護師 保健師 薬剤師 学生 その他()			
Eメール	はっきりとお書きください			
勤務先名称		所属部署 (必ず記入ください)		
ご連絡先住所 レを付けてください	〒			
<input type="checkbox"/> ご自宅	TEL :		FAX :	
<input type="checkbox"/> 勤務先				
<input checked="" type="radio"/> 8月29日 (10:15~13:00) 乳頭ケア実践研修() 参加 <input type="radio"/> をつけてください <small>昼食時間を含みます</small>				
お弁当 申し込み	() 8月29日	() 8月30日	<input type="radio"/> をつけてください	
懇親会	() 参加	() 不参加	<input type="radio"/> をつけてください	

(フリガナ) 参加者氏名			日本母乳の会	参加方法
			() 会 員	() 会場
			() 未会員	() WEB
職 種	産科医 小児科医 _____科医師 助産師 看護師 保健師 薬剤師 学生 その他()			
Eメール	はっきりとお書きください			
勤務先名称		所属部署 (必ず記入ください)		
ご連絡先住所 レを付けてください	〒			
<input type="checkbox"/> ご自宅	TEL :		FAX :	
<input type="checkbox"/> 勤務先				
<input checked="" type="radio"/> 8月29日 (10:15~13:00) 乳頭ケア実践研修() 参加 <input type="radio"/> をつけてください <small>昼食時間を含みます</small>				
お弁当 申し込み	() 8月29日	() 8月30日	<input type="radio"/> をつけてください	
懇親会	() 参加	() 不参加	<input type="radio"/> をつけてください	

◆ この用紙は2名まで。2名以上の場合はコピーして記入ください。

◆ Eメール、FAX、郵送にて下記事務局までお申込み下さい。

〒165-0026 東京都中野区新井3-9-4 一般社団法人日本母乳の会 運営(事務局)
 Eメール：sympo@jbabf.or.jp
 FAX：03-5318-7384 電 話：03-5318-7383