

第32回 母乳育児シンポジウム参加申込

受付： 月 日 NO.

【期日：8月24日(土)～8月25日(日) 金沢市】

(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-mail:				
勤務先名称			所属部署 (必ず記入ください)	
ご連絡先住所 <input type="checkbox"/> ご自宅	〒			
<input type="checkbox"/> 勤務先	TEL :		FAX :	
お弁当 申し込み	()8月24日	()8月25日	○をつけてください	
懇親会	()参加	()不参加		

(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-mail:				
勤務先名称			所属部署 (必ず記入ください)	
ご連絡先住所 <input type="checkbox"/> ご自宅	〒			
<input type="checkbox"/> 勤務先	TEL :		FAX :	
お弁当 申し込み	()8月24日	()8月25日	○をつけてください	
懇親会	()参加	()不参加		

◆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-mail、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 事務局

sympo@jbabf.or.jp

FAX : 03-5318-7384

電 話 : 03-5318-7383