

宛先	標題	発信
栃木県保健福祉部 こども政策課 母子保健担当 新村 宛	新生児聴覚検査体制強化事業研修会の開催について(回答)	令和6年 月 日

締切	7月5日(金)
方法	メールまたはFAX

医療機関名
助産所名

担当者職氏名

連絡先電話番号

FAX番号

メールアドレス

No.	所 属	参加者氏名	職 名	職 種 (該当する職種に○をつけてください。)
記入例	産科	〇〇 〇〇	師長	医師・ 助産師 ・看護師・事務 その他()
1				医師・助産師・看護師・事務 その他()
2				医師・助産師・看護師・事務 その他()
3				医師・助産師・看護師・事務 その他()
4				医師・助産師・看護師・事務 その他()
5				医師・助産師・看護師・事務 その他()

※招待アドレス等につきましては、本書に記載いただいたアドレス宛に送付いたします。