**第45回ハイリスク児フォローアップ研究会：**

**スキルアップセミナー申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  参加者名 |  |
| 施設・所属 |  |
| 職種  （○で囲んで下さい） | 小児科医（新生児、小児神経、一般小児科、開業医）  臨床心理士、理学療法士、作業療法士、看護師・助産師、保健師、  その他（　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 住所　〒    TEL：　　　　　　　　　　FAX：  Email： |
| 懇親会  （○で囲んで下さい） | 参加します　　　　参加しません |
| 通信欄 |  |

＊メールもしくはＦＡＸにて下記までお申し込み下さい。　〆切は3月10日(火)です。

問合せ先：青森県立中央病院周産期情報室　白石 仁子

E-mail　high-risk-followup@med.pref.aomori.jp

　　　　　　 FAX　　017-726-8439