受付日：　月　　日
受付No.

第20回　母乳育児シンポジウム参加申込書

【期日：8月6日(土)～8月7日(日)　会場：京都市・みやこめっせ】

(ﾌﾘｶﾞﾅ) ご参加者氏名	(複数の場合は名前の後に会員、未会員、職種を記入ししてください。代表者には○を付けてください		日本母乳の会の (　　)会　員 (　　)未会員
職　種	産科医 小児科医 ____科医師 助産師 看護師 保健師 薬剤師 母親(医療関係者以外) その他(　　)		
勤務先名称		所属部署 (必ずお書きください)	
ご連絡先住所 □ご自宅 □勤務先	〒 TEL：　　FAX： E-mail:		
懇 親 会	＊8月6日の懇親会(￥6，000－)　(　　)参加する　(　　)不参加		
昼 食 申 込	＊8月6日の昼食(お弁当　￥1,000　税込み)　(　　)注文する　(　　)不要 ＊8月7日の昼食(お弁当　￥1,000　税込み)　(　　)注文する　(　　)不要		
ポスター 送付希望	＊母乳育児シンポジウムのポスターの送付を　(　　)希望する　(　　)希望しない 送付希望枚数：　(　　)枚 送付先：(　　)上記ご連絡先住所宛 (　　)その他住所宛：		
そ の 他			

◆複数名でご一緒にお申込になる場合、ご参加者氏名欄に全員のお名前をご記入いただくとともに、**ご連絡先代表者の方**が分かるようにご記入をお願い致します。

■ファックス又は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
日本母乳の会事務局
『第20回母乳育児シンポジウム』係
ファックス：03－5318－7384
電　話：03－5318－7383