

受付日：月 日
受付No.

## 第23回 母乳育児シンポジウム参加申込書

【期日：8月2日(土)～8月3日(日) 会場：熊本市 市民会館崇城大学ホール(熊本市市民会館)】

(フリガナ) ご参加者氏名		日本母乳の会の ( )会 員  ( )未会員
(複数の場合は名前の後に会員、未会員、職種を記入してください。代表者には○を付けてください)		
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( )	
勤務先名称		所属部署 (必ずお書きください)
ご連絡先住所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	〒 _____ _____ TEL: _____ FAX: _____ E-mail: _____	
懇 親 会	*8月2日の懇親会(¥6,000-) ( )参加する ( )不参加	
昼 食 申 込	*8月2日の昼食(お弁当 ¥1,000 税込み) ( )注文する ( )不要	
	*8月3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	* 第23回母乳育児シンポジウムのポスターの送付を ( )希望する → ( )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/E-mail添付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 一般社団法人日本母乳の会 事務局  
『第23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