一般社団法人日本医療保育学会「日本医療保育学会認定 医療保育専門士」

第Ⅰ期　医療保育基礎資格課程　参加登録申込書

年　　　月　　　日

一般社団法人 日本医療保育学会

理事長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　一般社団法人医療保育学会会員番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　）

氏名：　　　　　　　　　　　　　印

　私は、一般社団法人「日本医療保育学会認定 医療保育専門士」の医療保育基礎資格課程を受講したく、関係書類を添えて参加申込を致します。

申し込み理由：