

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 2 期 医療保育基礎資格課程 参加申込書

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
(自署の場合は押印不要)

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：