

様式 研修-1

受付番号：

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12期 資格認定研修 参加申込書

年 月 日

日本医療保育学会理事長 殿

氏名： 印

私は、「日本医療保育学会認定・医療保育専門士」の資格認定研修を受講したく、関係書類を添えて参加申込を致します。

申請理由：