**無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）事務局　行**

**（回答）無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（JALA）事業への参画について**

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 貴施設名（正式な名称をお願いします） |  |
| 貴施設所在地 | 郵便番号 |  | 住所 |  |
| 担当者のお名前 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
|  |
| * JALAが運営するウェブサイトを通じて公開される予定の「情報公開に積極的に取り組んでいる無痛分娩取扱施設のリスト」への掲載を希望します。
 | はい |  |
| いいえ |  |
| その他 |  |
|  | その他の場合のコメント |  |
| * 希望された施設には、JALAサイトの施設データ登録システムのアクセスの際に必要な、ログインIDとパスワードをE-mailでお送りします。
 |

送付先：JALA事務局

公益社団法人 日本産婦人科医会事務局内

E-mail:info@jalasite.org