

申込先：青森県看護協会 教育研修課  
FAX (017) 735-3836

## 令和4年度 研修会受講申込書

研修No. 研修名

◇施設申込み記入欄

施設No. \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

施設住所 〒 \_\_\_\_\_

申込み担当者 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

内線 ( ) \_\_\_\_\_

◇個別・個人会員申込み記入欄(施設申込みの方は記入不要)

県会員No. \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(郵便送付先) 〒  
住 所  
自宅・勤務先  
(〇で囲んでください)

勤務先名  
(勤務されている方)

TEL  
(自宅・勤務先 連絡がとりやすい番号)

リモート研修にお申込みの方は、ID・パスワードをお送りしますので、必ずメールアドレスをご記入ください。

優先 順位	県会員No.	氏 名	非会員記入欄		備 考 メールアドレス
			職種	年齢	
1			保・助・看・准	歳	@
2			保・助・看・准	歳	@
3			保・助・看・准	歳	@
4			保・助・看・准	歳	@
5			保・助・看・准	歳	@
6			保・助・看・准	歳	@
7			保・助・看・准	歳	@
8			保・助・看・准	歳	@
9			保・助・看・准	歳	@
10			保・助・看・准	歳	@

非会員は必ず記入してください

※研修受講履歴証明書については、P26をご確認ください。  
個人情報の取り扱い 本研修申込書で得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。

(問合せ先：青森県看護協会 教育研修課 TEL：017-723-4579)