

[送信票不要]

青森県看護協会 事業・ナースセンター課

F A X / 017-735-3836

メール / aomori@nurse-center.net

潜在看護職スキルアップ研修参加申込書

申込日： 月 日

フリガナ			
氏名			
年齢		性別	
自宅住所	〒		
電話または 携帯電話			
資格免許の種類	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師
【就業中の方】は、下記を記入ください			
施設名			

参加日に○をして下さい。

参加日	開催日	開催場所
<input type="checkbox"/>	令和4年7月27日(水)	ホテル青森
<input type="checkbox"/>	令和4年8月23日(火)	八戸プラザホテル
<input type="checkbox"/>	令和4年8月26日(金)	弘前商工会議所
<input type="checkbox"/>	令和4年8月31日(水)	ホテル青森

※個人情報の取り扱い

本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、その目的以外に用いることはありません