平成２７年度　静脈注射学び直し研修会受講申込書

2

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 平成２７年９月５日（土）９：３０～１６：３０ |

平成　　年　　月　　日

青森県立保健大学

地域連携・国際センター長　殿

ＦＡＸ（０１７－７６５－２０２１）または　E-mail m\_okajima@auhw.ac.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | 看護業務経験年数 | 年　　月 |
| 職　名 |  | 現職の  在職年数 | 年　　月 |
| 勤務先  (無い場合は空欄で構いません) |  | | |
| 勤務先住所  (無い場合は空欄で構いません) | 〒 | | |
|  | | |
| Tel　　　　　　　　　　　　　　　Fax  メールアドレス | | |
| 決定通知  送付先 | 勤務先　・　自宅　（どちらかに〇をつけてください。）  住所（自宅の場合）  〒 | | |
|  | | |
| 緊急時  連絡先 | ℡ | | |
| 備　考  ＊その他連絡  したいこと |  | | |

※平成27年8月14日（金）締切りです。

※氏名、勤務先、勤務先市町村は、名簿として配布する事がありますので御了承下さい。同意されない場合は、お申し込み時にお申し出ください。