

青森県看護協会 総務課 藤田 行き(申込×5月25日まで)

メール:ao.nurse@ceres.ocn.ne.jp

F A X:017-735-3836

災害時母子支援フォーラム 参加申込書

施設名: _____

担当氏名: _____

記入及び該当部分に☐をお願いします。

また、本フォーラムは会場参集形式ですが、コロナ感染状況によっては開催形式を変更する場合がございますので、連絡用としてメールアドレスもご記入くださいますようお願いいたします。

| No | 氏名 | 所属 | 職種 | 看護協会会員 |
|----|---------|---|---|---|
| 1 | | <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 県・市町村 <input type="checkbox"/> 学校・幼稚園・保育所 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 |
| | メールアドレス | | | |
| 2 | | <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 県・市町村 <input type="checkbox"/> 学校・幼稚園・保育所 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 |
| | メールアドレス | | | |
| 3 | | <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 県・市町村 <input type="checkbox"/> 学校・幼稚園・保育所 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他() | <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 |
| | メールアドレス | | | |

申込み締切 : 令和4年5月25日(水)