**（様式２）**

令和8年度青森県看護協会地域の看護力強化支援事業

**申　請　書**

申請日：　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団体名 | | | （ふりがな） | | |
|  | | |
| 代表者氏名 | | | （ふりがな） | | |
|  | | |
| 所在地 | | | 〒 | | |
| ＴＥＬ番号 | | | （　　　　　　） | ＦＡＸ番号 | （　　　　　　） |
| 団体担当者 | 担当者氏名 | | （ふりがな） | 役職 |  |
|  |
| 所属 | 名称 | （ふりがな） | | |
|  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| ＴＥＬ番号 | （　　　　　　） | ＦＡＸ番号 | （　　　　　　） |
| Ｅ-Ｍａｉｌ | ＠ | | |
| 事業実施地域 | | | 事業実施地域名　(　　　　　　　　　　　　　)  団体の概要・構成メンバー（施設名を記入ください） | | |