

〈 医療機関等用 〉

〔 感染症リスクマネジメント専門研修 〕

受講申込書

申込日： 令和 2年 月 日

所属機関等の名称	
[連絡先]	
所在地：	
電 話：	
メールアドレス：	

▽ 申込者（参加希望者）

【資格等】

【参加方法】
※1 ※2

	(ふりがな)		男・女	医 師 薬剤師 看護師 臨床検査技師 保健師 その他 ()	来 場 ・ Web 参加
1	氏 名		歳		
2	氏 名		歳		
3	氏 名		歳		

上記の者の受講を申し込みます。

(所属長名)

【 通信欄 】

申込方法	この申込書に必要事項を記入の上、県（下記申込先）あて提出（FAX・メール等）願います。
申込先	青森県 健康福祉部 保健衛生課 感染症対策グループ（〒030-8570 青森市長島 1-1-1 県庁北棟 6階） TEL 017-734-9284 FAX 017-773-6921 E-mail: kkenkofu-saigai@pref.aomori.lg.jp
その他 留意事項	※1 「性別」「資格」「参加方法」欄については、いずれかを○で囲んでください。 ※2 「参加方法」は、来場・Webのいずれも可能な場合は両方に○印を付してください。 また、参加方法は2日間共通とします。（例：1日目 来場、2日目 Web参加 など、異なる選択は不可。） ※3 記載された個人情報、本研修の募集・管理以外の目的で使用しません。