**送信票不要**

**FAX　017-731-3756**

**（公益社団法人青森県老人福祉協会）**

**令和７年度あおもりノーリフティングケア研修～リーダー編～**

**受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **連絡先** | （法人名） | （施設・事業所名） |
| （住所）　　　〒 |
| （申込担当者：職・氏名） |
| （電話） | （FAX） |

**■受講希望の会場に☑してください。**

**□　青森会場 (R7.8/25・26)　　　　※申込締切日：令和７年7月22日（火）**

**□ 八戸会場 (R7.10/１4・１5)　　　※申込締切日：令和7年９月１日（月）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **施設・事業所名** | **氏　名** | **職　名** | **勤務年数** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| 【受講動機】※貴施設・事業所の取り組み状況や困っていることなど |

**□ 弘前会場 (R7.１１/２５・２６)　　　※申込締切日：令和7年１０月１０日（金）**

①受講決定通知は申込担当者あてにお送りいたします。お申込後にキャンセル等の場合はご連絡ください。

②開催内容に変更等が生じる場合、申込担当者へご連絡いたします。

③各会場の駐車場には台数に限りがあります。公共交通機関等をご利用いただく等ご協力をお願い致します。

なお、弘前会場においては駐車場は有料（自己負担）となります。料金については弘前文化センターのホームページで

ご確認ください。

④申込書に記載された事項については、個人情報保護法等の規程に基づき、適切に管理を行うものとし、本事業に関する

業務以外には使用いたしません。

|  |
| --- |
| 【お問合せ先】公益社団法人青森県老人福祉協会　三上・山田〒030-0822 青森市中央3丁目20番30号電話　017-731-3755／FAX 017-731-3756 |