

【別紙2】

令和7年度 青森県立保健大学大学院MPHプログラム特別聴講受講申込書

No.	※記入不要				
氏 名					
所属・職名	①	職名：			
	②	職名：			
職 種					
連 絡 先	e-mail				
	電 話				
聴講希望講義	講師名				
	日 時				
聴講希望理由 (100字程度) ※必ず記入し てください。					

注1) 所属について、勤務先施設等のほかに団体等の役職員を兼ねている場合は、②に記入してください。

注2) 電話番号は、講義直前など緊急連絡がある場合に連絡可能なものとしてください。

注3) 聴講希望科目の日時欄は、月日と時限を記入してください。(例：12/14(日)③④⑤)

※上記に記載いただいた情報は、本件特別受講に係る事前、事後の連絡（アンケート調査含む）に使用させていただきます。

※本件特別受講の受講状況について外部に公表する場合、個人が特定されないように配慮いたします。(青森県内保健師 等)