

山口県立大学看護研修センター
 平成25年度第2回感染管理認定看護師フォローアップ研修受講申込書
 申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____
 都道府県 _____

No	氏名 (楷書で大きく記入して下さい)	所属部署	お弁当の注文の有無 (500円)
1			有 ・ 無
2			有 ・ 無
3			有 ・ 無
4			有 ・ 無
5			有 ・ 無

○受付確認書兼受講票送信先 _____
 ※受付後に「受付確認書兼受講票」をFAXで送信します。

○緊急連絡先 _____

緊急連絡代表者名 _____ 部署 _____

- ※上記連絡先へは天候等、やむを得ない事由で研修を延期する際に連絡します。
- ※複数での申込の際は、代表者へ連絡いたしますので、速やかに他受講申込者へ連絡事項をお知らせください。
- ※携帯など必ず連絡がとれる番号をお知らせください。

- (注1) 受講申込書に記載された個人情報については、本研修に関する連絡等の目的以外には使用しません。
- (注2) 申込用紙は5名まで記載できます。不足の場合は、複写してご使用ください。
- (注3) 申込受付後は、受講票を兼ねた確認書を送信します。

申込先：山口県立大学看護研修センター
 TEL&FAX：083-933-1411
 E-mail:kensyu@n.ypu.jp