

平成 25 年度感染管理実践研修【実践編】受講申込書

申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____

病床数 _____

No	基礎編 の受講 番号	氏名 (楷書で大きく記入して下さい)	所属部署	お弁当 希望日に○をして下さい	
1				9/12 9/14 10/11	9/13 10/10 10/12
2				9/12 9/14 10/11	9/13 10/10 10/12
3				9/12 9/14 10/11	9/13 10/10 10/12

※3日間を1クールとし、2クール合計6日間のコース（2クール修了者に修了証をお渡しします）

○受付確認書兼受講票送信先（FAX 番号） _____

※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3名まで記載できます。

(注 3) 申込み用紙は基礎編研修会場の回収ボックスに入れられるか、
7月12日(金)17:00必着でFAX下さい。

(注 4) 申込受付後は、受講票を兼ねた確認書を送信します。

(注 5) 受講票・研修の詳細等は研修日までに送付致します。

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