

平成25年度感染管理実践研修【中間報告会】申込書

申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____

病床数 _____

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

○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3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) 申込用紙は7月12日(金)17:00必着でFAXください。

(注4) 申込受付後は、受講票を兼ねた確認書を送信します。

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