

山口県立大学看護研修センター
 平成 25 年度第 4 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	感染管理実践研修 【報告会】参加 の有無(午前中)	お弁当の注文 の有無 (500円)
1			する・しない	有 ・ 無
2			する・しない	有 ・ 無
3			する・しない	有 ・ 無

※今回のフォローアップ研修会は午後のみですが、午前の平成 25 年度感染管理実践研修【報告会】の聴講を希望される方は上記表内の「する」に○をつけてください。

○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) 申込み用紙は平成 26 年 2 月 28 日(金) 17:00 必着で FAX して下さい。
- (注 4) 申込受付後は、受講票を兼ねた確認書を送信します。当日、必ずご持参ください。

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