

平成 25 年度感染管理実践研修【報告会】受講申込書

申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____

受講申込書は2月20日(木)17:00 必着でFAX してください。

No	氏名 (楷書で大きく記入して下さい)	所属部署	午後の研修 の聴講	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
4			する・しない	有 ・ 無

※午後の第4回感染管理認定看護師対象の感染管理研修会を聴講される方は上記表内の「する」に○をつけてください。

・発表演題のテーマを記載してください。(例：当院の環境清掃について)

○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 4 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