

平成26年度 感染管理実践研修【基礎編】受講申込書
受講会場 下関市立市民病院 講堂

申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____ 病床数： _____ 床

No	氏名 (楷書で記入して下さい)	所属部署	お弁当は 取り扱いません 各自でご持参ください
1			
2			
3			
4			
5			

※この研修会は同じ会場で、3日間(8/24、9/28、10/26)参加できることが受講条件となります。
また、11月に開催予定の【実践編】(山口市のみ)の研修参加は、今回の【基礎編】を修了している
ことが必要です。

○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5名まで記載できます。不足の場合はコピーしてご使用ください。
(注3) 申込み用紙は7月22日(火)17:00必着でFAXして下さい。
(注4) 申込受付後は、受付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。
(注6) お弁当は取り扱いません。各自でご持参ください。

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