

平成26年度 感染管理実践研修【長期療養／在宅編】受講申込書

申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____

No	氏名 (楷書で記入して下さい)	所属部署	選択コース 希望の研修日を○で 囲んでください	お弁当注文 希望日に○をして下さい
1			9/6 ・ 9/13	8/23 ・ 9/6 ・ 9/13
2			9/6 ・ 9/13	8/23 ・ 9/6 ・ 9/13
3			9/6 ・ 9/13	8/23 ・ 9/6 ・ 9/13
4			9/6 ・ 9/13	8/23 ・ 9/6 ・ 9/13
5			9/6 ・ 9/13	8/23 ・ 9/6 ・ 9/13

※この研修会は必須講義 1 日と選択コース各 1 日の研修です。必須講義 (8/23) と選択コースのいずれか 1 日あるいは両日 (9/6、9/13) 受講された方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8月1日(金)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(500円)の注文が出来ます。希望日を○で囲んで下さい。

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