**山口県立大学看護研修センター**

**平成27年度感染管理認定看護師教育課程説明会**

**（１０月１１日開催）参加申込書**

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 | お弁当の注文の有無  （５００円） |
| 1 |  |  | 有　・　無 |
| 2 |  |  | 有　・　無 |
| 3 |  |  | 有　・　無 |
| 4 |  |  | 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説明会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)　**申込み用紙は９月26日(金)17：00必着**でFAXしてください。

(注4)　**申込受付後は、受講票を兼ねた確認書を送信します。当日必ずご持参ください。**

(注5)　昼食にお弁当を注文できます。ご入用の方は上の表の有に○をしていただき、当日500円お支払いください。キャンセルは前日（10：00）までにお願いします。

お弁当にお茶はつきませんので各自ご用意ください。

**申込先：山口県立大学看護研修センター**

**TEL&FAX：083－933-1411**

**E-mail:ninteikango2@n.ypu.jp**