

平成26年度 感染管理実践研修【実践編】受講申込書

申込日：平成 年 月 日

所属機関名 _____

病床数 _____

No	基礎編の 受講番号	氏名 (楷書で記入して下さい)	所属部署	お弁当注文 希望日に○をして下さい
1				11/27 ・ 11/28 ・ 11/29
2				11/27 ・ 11/28 ・ 11/29
3				11/27 ・ 11/28 ・ 11/29

※3日間参加できることが受講条件となります。3日間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3名まで記載できます。

(注3) 申込み用紙は10月31日(金)17:00必着でFAX下さい。

(注4) 申込受付後は、受付確認書兼受講票をFAXで送信します。

(注5) 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