**平成２7年度　感染管理実践研修【基礎編】受講申込書**

**受講会場　　山口県立大学**

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 | お弁当注文希望日に○をして下さい |
| 1 |  |  | 8/6 ・ 8/7 ・ 8/8 |
| ２ |  |  | 8/6 ・ 8/7 ・ 8/8 |
| ３ |  |  | 8/6 ・ 8/7 ・ 8/8 |
| ４ |  |  | 8/6 ・ 8/7 ・ 8/8 |
| ５ |  |  | 8/6 ・ 8/7 ・ 8/8 |

**※この研修会は同じ会場で、3日間（8/6、8/7、8/8）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24日（金）17:00必着でFAXしてください。

(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**

**平成２7年度　感染管理実践研修【基礎編】受講申込書**

**受講会場　岩国医療センター**

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（9/6、10/4、10/18）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24日（金）17:00必着でFAXしてください。

(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**