**平成２７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

　　　〒

所属住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  | 11/26　・11/27　・11/28 |
| ２ |  |  |  | 11/26　・11/27　・11/28 |
| ３ |  |  |  | 11/26　・11/27　・11/28 |

※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３０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**