**平成27年度山口県立大学看護研修センター公開授業受講申込書**

申込日：平成　　　年　　　月　　　日

所属機関名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **氏名**  **（楷書で大きく記入して下さい）** | **所属部署** | **職種** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |

○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**10月2日(金)17：00必着**でFAXして下さい。



**申込先：山口県立大学看護研修センター**

**〈会　場〉**

**F204**

工事中

**TEL&FAX：083－933-1411**

**国道９号**

**益田至 →**

**← 新山口至**

②

①

つ

**5号館**

**(E棟)**

**6号館**

**(Ｆ棟)**

**〈駐車場〉**

①②の２箇所の駐車場をご利用下さい。

②の駐車場から講堂へは地下道をご利用下さい。