**山口県立大学看護研修センター**

**平成２８年度第２回感染管理認定看護師フォローアップ研修受講申込書**

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 |
| 5 |  |  | 有　・　無 |

○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。

**会場**

**６号館**

(注２)　申込用紙は5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**10月6日(木)１２：00**

**必着**でFAXして下さい。

工事中

(注４)　**申込後は当日直接会場へお越しください。**

**６号館(F棟)**

**5号館(Ｅ棟)**

(注５)　**参加費とお弁当代はつり銭のないように**

**駐車場**

他の研修会と重なっているため、印のグランドをご利用下さい。

**お願いします。**

**申込先：山口県立大学看護研修センター**

**国道９号線**

つ

**← 新山口至**

**TEL&FAX：083－933-1411**

**益田至 →**