**山口県立大学看護研修センター**

**平成２９年度第１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 |

※お弁当の注文は６月２９日(木)までにお願いします。

○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、複写してご使用ください。

(注３)　申込み用紙は**6月26日(月)17：00必着**でFAXして下さい。

(注４)　**申込後は当日直接会場へお越しください。**

(注５)　**参加費とお弁当代はつり銭のないようにお願いします。**

**申込先：山口県立大学看護研修センター**

**TEL：083-928-3495**

看護学科　6号館

**FAX：083-928-3021**

P