**山口県立大学看護研修センター**

**平成２８年度　感染管理研修　受講申込書**

申込日：平成　　　年　　　月　　　日

所属機関名

〒

住所

後日、書類送付がありますので、必ずご記入ください。

所属電話番号

所属FAX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名  （楷書で大きく記入して下さい） | 所属部署 |  |
| 1 |  |  | 弁当は当日、受付時に注文ができます。 |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

○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。

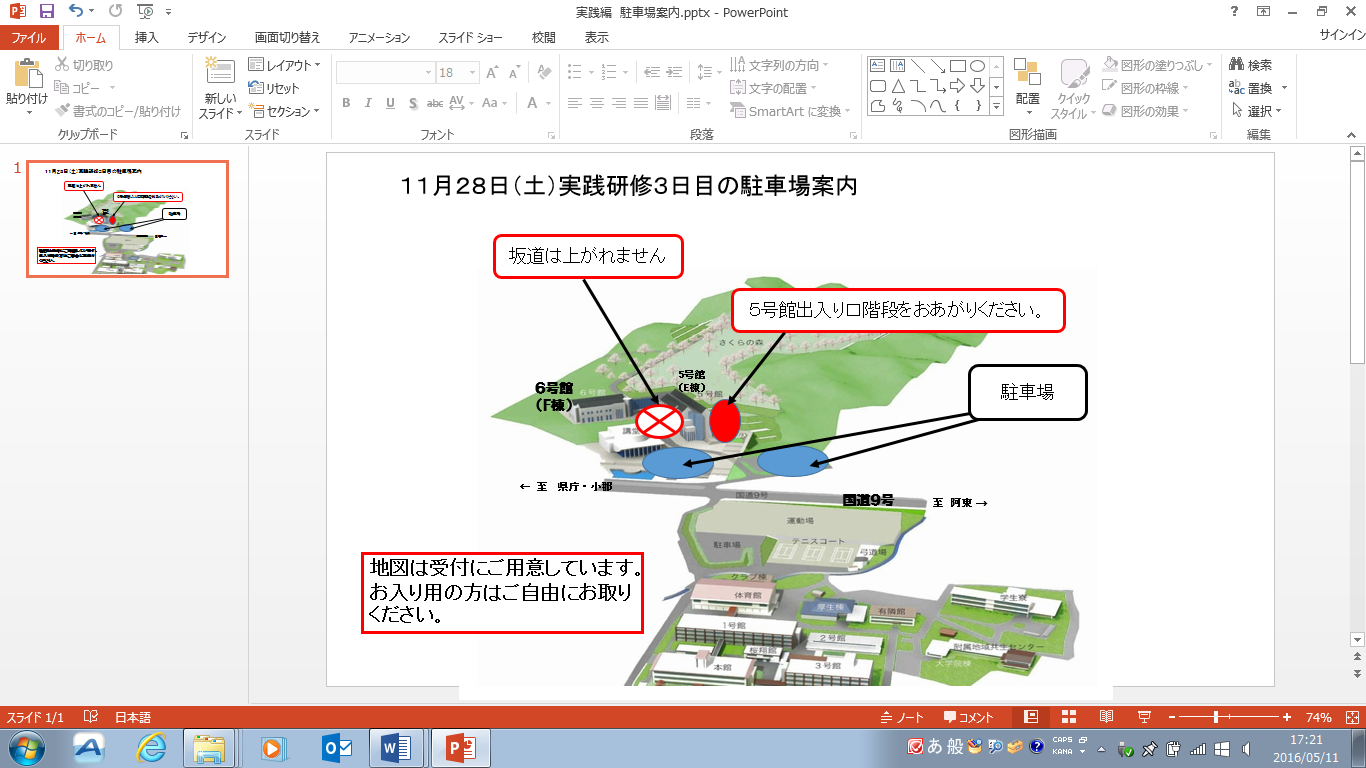
※**携帯など必ず連絡がとれる番号**をお知らせください。

(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。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　**８月１５日(月)**　までにFAXして下さい。

(注４)　**受講料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&FAX：083－933-1411**