**申込期間**

A/B日程：**令和年7年5月1日（木）～5月10日（土）**

C日程　：**令和年7年6月1日（日）～6月10日（火）**





　　　以下に必要事項をご記入いただき、FAX･郵送にてお申込みください。

令和7年度　**高齢者施設の看護職のための感染症対策リーダー育成研修（　　　　）日程**

受講申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設  番号 |  |  |  |  | 所属  施設名 |  | 申込  責任者 | 役職 |
| 氏名 |
| 所属施設住所  (施設番号不明の場合)  (会員不在施設の場合) | | | | | 〒 | | | |
|  | | | |
| メールアドレス | | | | |  | | | |
| 連絡先 | | | | | TEL | (内線) | FAX |  |
| 施設・部署の特性にチェック | | | | | □介護医療院　　□介護老人保健施設　　□老人ホーム　　□サービス付高齢者向け住宅　　　　　□デイサービス　　□訪問看護ステーション　　□グループホーム  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

駐車場使用には予約が必要です(駐車場は有料です)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 岡山県看護協会  会員番号(6ケタ)  非会員の場合  ｢非会員｣と記入 | | | | | | 受講希望者氏名 | 実務経験  (年) | **駐車場使用希望者**  車のプレート№  例)岡山330 あ 12-34 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**※研修希望日程毎の申込みとなります。**

**※各日程の定員を超える場合は、調整をさせていただきます。**

**※各施設から複数名受講を希望する場合は、日程を分散して申込みください。**

**※受講決定者には受講票をお届けします。**

【問合せ先・申込先】公益社団法人岡山県看護協会　岡山県看護研修センター

〒700-0805岡山市北区兵団4番31号

Tel.086-221-7223　 **Fax.086-221-7236**

