**国際医療福祉大学　九州地区生涯教育センター**

**平成29年度　認定看護師教育課程「感染管理」**

**聴講申込書**

**送信先：**[**k-educenter@iuhw.ac.jp**](mailto:k-educenter@iuhw.ac.jp)

**ＦＡＸ：092-407-0474**

**送信日：平成　29年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 第(　　)期生 | | | 在籍時学籍番号 | |
| 氏　　名 |  | | | | |  | |
| 施設名 |  | | | | | | | | | |
| 連絡先 | メールアドレス |  | | | | | | | | |
| 連絡用電話番号 |  | | | | | | | | |
| 希望講義番号 | ※ご希望する講義番号を**一つ**ご記入ください | | | 聴講料 | | | | 円 | | |
| その他 | ※複数の講義をお申込の方は、こちらにご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（例）1701の他に、1703を申込んでいます。 | | | | | | | | | |
|
|
| （事務用欄）　※申込者は記入しないで下さい。 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | その他 |
| 受付日 | 申込番号 | メール送信 | 振込期限 | | 振込確認 | | 振込遅延連絡 | | | その他 |
|  |  |  |  | |  | |  | | |  |

注1）太枠内に、必要事項をご記入ください。

注2）送信日は、FAX送信日またはメール添付で申込用紙を送信する日をご記入ください。

注3）1講義あたり1枚の聴講申込書が必要となります。希望講義番号をひとつのみ○で囲んでください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 【問合せ先】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 国際医療福祉大学

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　九州地区生涯教育センター事務部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL:092-407-0434