

# 長崎感染制御ネットワーク参加申込書

郵送、FAX、e-mail のいずれかでご返信下さい。

宛先

長崎大学病院感染制御教育センター 行

住所：〒852-8501 長崎市坂本 1-7-1

TEL：095-819-7731 FAX：095-819-7766

E-mail：[nice@ml.nagasaki-u.ac.jp](mailto:nice@ml.nagasaki-u.ac.jp)

\*\*\*\*\*以下にご記入下さい\*\*\*\*\*

長崎感染制御ネットワークへの参加を希望します。

貴施設名 \_\_\_\_\_

1. 連絡担当者（感染対策担当者）

（氏名： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_）

\*講習会等のご案内を担当者様宛にご案内いたします。

2. 連絡方法（可能な連絡先はすべてご記入下さい。）

住所（ \_\_\_\_\_ ）

TEL（ \_\_\_\_\_ ）

FAX（ \_\_\_\_\_ ）

E-mail（ \_\_\_\_\_ ）

質問やご意見などございましたらお聞かせください

（ \_\_\_\_\_ ）