**様式１号**

**感染管理認定看護師養成課程設置準備・運営事業者公募　参加表明書**

令和４年　月　　日

　福島県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

　感染管理認定看護師養成課程設置準備・運営事業者公募に参加したいので、申請します。

　なお、申請に当たっては「感染管理認定看護師養成課程設置準備・運営事業者公募要項 ５応募資格」に記載されている全ての条件を満たしていることを誓約します。

【担当者及び連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者(所属・役職・氏名) |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メール |  |