

三重県健康福祉部長寿介護課 村上 行 (FAX 059 - 224 - 2919)

FAX送信後に、到達確認のご連絡をお願いします(TEL:059 - 224 - 3327)

平成27年度三重県病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
「受講申込書」

フリガナ 氏 名			性 別	
生年月日		(昭 ・ 平) 年 月 日		
勤務先	住 所	〒		
	勤務先名			
	電話番号			
所属診療科				
職 名 (医師、看護師等)				
受講申込 (どちらかに○をしてください)		津会場(12月6日(日)) 伊勢会場(1月31日(日))		
講義の参考にさせていただくため、現状における課題や研修への希望等をお聞かせください。				
(どちらかに○をしてください) 医師会・地域包括支援センター等への情報提供、三重県ホームページでの情報の公表に 同意する ・ 同意しない 公表する情報 ： 氏名、勤務先(住所、勤務先名、電話番号)、所属、職名				