

三重県健康福祉部
長寿介護課 加藤 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28年度三重県看護職員認知症対応力向上研修
「受講申込書」

申込担当者	
電話番号(連絡先)	
病院名	
病院住所	(〒)

フリガナ 受講者氏名			
生年月日	(昭・平) 年 月 日		
所属診療科		実務経 験年数	年
役職名(師長、主任等)			
(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)、所属診療科、役職名			