

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)

※修了証書には氏名および生年月日を申込書に記載のとおりに印字します。楷書で正確にご記入ください

平成28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)				
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				