

◆社会医療法人昌林会 安来第一病院認知症疾患医療センター 丸谷 行

FAX 0854-22-3466

令和6年度  
病院勤務の医療従事者・介護保険施設等勤務者向け認知症対応力向上研修会  
受講申込書

申込締切り:令和6年12月 6日(金)

【申込機関】

機関名			
所在地	〒		
申込担当者 連絡先(電話)	(所属等)	(氏名)	(電話)

【受講申込者】

	ふりがな 氏名	生年月日	職種 (どちらかに☑、職種を記入)
1		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院職員 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等職員 職種 ( )
2		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院職員 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等職員 職種 ( )
3		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院職員 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等職員 職種 ( )
4		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院職員 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等職員 職種 ( )
5		昭和 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院職員 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等職員 職種 ( )

※「氏名」・「生年月日」は、修了証書に記載されますので、誤りのないようお願いします。

※「職種」は、病院職員、介護保険施設等職員どちらかの☐にチェックし、受講申込者の職種(医師・看護師・介護士等)をご記入ください。