

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

令和元年 月 日

長野県健康福祉部保健・疾病対策課（担当：坂元） 行

* 枠内すべて記入してください。

医療機関	名 称	
	所在地	(〒 —)
	担当者	
	電話/FAX	/

1 受講希望会場及び申込者

希望の 会場に ○を 記す		令和元年 10月26日(土) 【上田会場】		令和元年 11月2日(土) 【松本会場】
		令和元年 11月23日(土) 【長野会場】		令和元年 12月7日(土) 【伊那会場】

優先 順位*	ふりがな 氏名	生年月日	職種
1		昭和・平成 年 月 日	
2		昭和・平成 年 月 日	
3		昭和・平成 年 月 日	
4		昭和・平成 年 月 日	
5		昭和・平成 年 月 日	

※氏名、生年月日は修了証書に記載しますので、間違いがないようご記入ください。

2 下記について、「了承する」「了承しない」のいずれかに○を記してください。

「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修修了者のいる医療機関」として紹介すること について	了承する	・	了承しない
---	------	---	-------

【申込期限】 <上田会場> 令和元年 10月 15日(火) <松本会場> 令和元年 10月 18日(金)
<長野会場> 令和元年 11月 8日(金) <伊那会場> 令和元年 11月 22日(金)

【あて先】

郵送の場合 : 〒380-8570 長野県健康福祉部保健・疾病対策課心の健康支援係 あて
(この郵便番号は県庁固有の番号ですので、住所は省略できます。)

ファックスの場合 : 026-235-7170

メールアドレス : kokoronokenko@pref.nagano.lg.jp