

山形大学認知症講座 受講申込書

申込先 FAX 023-630-2271

山形県長寿社会政策課地域包括ケア推進担当宛て

■ 年間受講予約（太枠内に○をつけてください）

第1回	5/10(木)		第7回	11/ 1(木)	
第2回	6/ 7(木)		第8回	12/20(木)	
第3回	7/19(木)		第9回	H31. 1/24(木)	
第4回	8/23(木)		第10回	H31. 2/21(木)	
第5回	9/20(木)				
第6回	10/18(木)				

注意) 医師は3講座以上、コメディカルは2講座以上を受講してください。(満たさない場合、修了証が交付されません)

■ 受講申込者（記入又は○をつけてください）

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏 名				
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日			
区分 ※該当に○をつけて下さい	医師		コメディカル	
勤務医療機関 名 称				
勤務医療機関 所 在 地	〒 (TEL - -) (FAX - -)			
診 療 科		職 名		
連 絡 先 ※勤務医療機関と異なる場合のみ記入して下さい	所在地：〒 名 称： (TEL - -) (FAX - -)			
メールアドレス ※必須	(※日程の変更等があった場合に連絡いたしますので、必ず記載してください。)			
受講経験の有無 ※該当に○をつけて下さい	<p>これまでに県が実施した「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、「医療従事者向け認知症対応力向上研修」又は「山形大学認知症講座 (H28、H29)」を</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 受講したことがある。 (受講年度： H18 ・ H19 ・ H23 ・ H24 ・ H25 ・ H26 ・ H 27 ・ H 28 ・ H 29) ・ 受講したことがない。 			

※記載いただいた情報は受講状況の管理にのみ使用し、修了証の交付を受けた医師の県ホームページ上での公表は、別途本人に照会し、同意があった場合のみ行います。