

山形大学認知症講座 受講申込書

申込先 FAX 023-630-2271

山形県健康長寿推進課地域包括ケア推進担当あて

■ 年間受講予約（太枠内に○をつけてください）

| | | | | | |
|-----|----------|--|------|-------------|--|
| 第1回 | 5/25(木) | | 第7回 | 11/14(火) | |
| 第2回 | 6/22(木) | | 第8回 | 12/21(木) | |
| 第3回 | 7/20(木) | | 第9回 | H30.1/25(木) | |
| 第4回 | 8/24(木) | | 第10回 | H30.2/22(木) | |
| 第5回 | 9/14(木) | | 第11回 | H30.3/22(木) | |
| 第6回 | 10/26(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のみ）」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・H27・H28) ・ 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。

問合せ先 〒990-8570 山形県健康長寿推進課 地域包括ケア推進担当
Tel 023-630-2158 / E-Mail ychoju@pref.yamagata.jp