

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	6/20(木)		第5回	10/10(木)	
第2回	7/11(木)		第6回	11/22(金)	
第3回	8/22(木)		第7回	12/19(木)	
第4回	9/19(木)		第8回	R2.1/16(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、H30）」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・H29・H30) ・ 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 山形県長寿社会政策課 地域包括ケア推進担当
Tel 023-630-2197 / E-Mail ychoju@pref.yamagata.jp