

平成 30 年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修 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

■ 受講申込者（記入又は○をつけて下さい）

受講会場	庄内会場（11/17） ・ 置賜会場（11/25）		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日		
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			
受講経験の 有 無 ※該当に○をつけ て下さい	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」を ・ 受講したことがある。 （ 受講年度： H18 ・ H19 ・ H23 ・ H24 ・ H25 ・ H26 ・ H27 ・ H28 ・ H29 ） ・ 受講したことがない。		

※記載いただいた情報は受講申込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