

# 看護職員認知症対応力向上研修 受講申込書

年 月 日

医療機関	名称	
	所在地	(〒      -      )
	申込責任者	
	電話 / FAX	/

## 1 申込者

優先順位 ※	ふりがな 氏名	生年月日	役職	山形県看護協会会員番号 (非会員の方は斜線を引 いてください。)	受講会場 (いずれかに○)
1		昭和 平成      年      月      日			1:山形 2:鶴岡
2		昭和 平成      年      月      日			1:山形 2:鶴岡
3		昭和 平成      年      月      日			1:山形 2:鶴岡

※全員に受講していただけない場合は、優先順位順に受講者を決定いたします。

## 2 下記について、「同意する」「同意しない」のいずれかに○を記してください。

「看護職員認知症対応力向上研修修了者のいる医療機関」として公表することについて	
同意する	同意しない

※公表する事項は医療機関名と所在地です。

## 3 本研修は公表を前提としております。

上記2において「同意しない」とした場合、その理由を記載してください。

### 【記載上の留意事項】

- ・医療機関名及び受講者氏名は略字等ではなく正確にお書きください。
- ・受講者生年月日は必ずお書きください。