**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 | 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  ・ 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・H 30 ）  ・ 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。

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