

別紙

平成26年度宮城県病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修  
受講申込書（FAX送信票）

研修日時・場所	平成27年		
	3月14日(土) 14:00～ 坂総合病院	3月20日(金) 18:30～ 気仙沼保健福祉 事務所	3月23日(月) 18:00～ 石巻市医師会館
申込締切	—	3月18日(水)	3月16日(月)
受講希望	/		
申込先FAX番号 (研修担当病院)	022-365-5175 (坂総合病院)	0226-24-2169 (三峰病院)	0225-23-0050 (こだまホスピタル)

←該当するところ  
1つに○印を  
御記入願います。

フリガナ		申 込 日
受講者氏名		平成27年3月____日
性 別	男      女	←該当する方を○で囲んで下さい。
御所属	病 院 名	
	住 所	〒
	電 話 番 号	
	F A X 番 号	
	診 療 科	
	役 職 名	
職 種	○印記入欄（最も当てはまる職種1つに○印を御記入願います。）	
		1 医 師
		2 歯科医師
		3 看 護 師
		4 准看護師
		5 薬 剤 師
		6 理学療法士
		7 作業療法士
		8 言語聴覚士
		9 精神保健福祉士
		10 臨床検査技師
		11 医療ソーシャルワーカー
	12 その他（具体的に記載： _____）	

※ 修了証書の交付に必要としますので、研修当日、生年月日を確認させていただきます。  
なお、修了証書は、後日交付いたします（当日は交付いたしません）。