**令和５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（山形県高齢者支援課地域包括ケア推進担当あて）  FAX　　　　　 023-630-3321  メールアドレス　otakiat@pref.yamagata.jp |

■ 受講申込者（記入又は○をつけて下さい）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | | 男　・　女 |
| 氏　　　名 |  | |
| 生年月日 | 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  必ずご記入ください。 |  | | | | |
| 受講経験の  有　無  ※○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。  ・受講したことがない。 | | | | |
| 事前質問  ※あれば、ご記入ください。研修会で取り上げる場合があります。 |  | | | | |

※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　山形県高齢者支援課 地域包括ケア推進担当

Tel 023-630-2158