

# 令和5年度認知症サポート医養成研修 申込書作成要領

※ 受講者記入欄に必要事項を記入してください。

※提出の際は、PDF化せず、エクセルデータのままメールにて県に御提出ください。

No. 1

別紙様式

## 認知症サポート医養成研修受講申込書

### 【都道府県・指定都市担当者記入欄】

所在地	〒 880-8501 宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号		郵便番号はハイフンなしで入力してください。	
連絡先	電話番号	: 0985-44-2605	FAX	: 0985-26-7344
	E-mail	: <a href="mailto:iryokaigo@pref.miyazaki.lg.jp">iryokaigo@pref.miyazaki.lg.jp</a>		
担当部局	福祉保健部長寿介護課医療・介護連携推進室		担当者名	福井

### 【受講者記入欄】

苗字と名前の間に全角スペースを入れて下さい。

ふりがな 希望者氏名					性別
生年月日	昭和	年	月	日	歳
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒		郵便番号はハイフンなしで入力してください。		
職場名					
診療科(所属)	:			職名	:
連絡先	電話番号	:			FAX
	E-mail(グループワークの案内の連絡先) :				
	緊急連絡先電話番号(グループワーク当日に連絡が取れるもの) :				
医師免許	医籍番号	第	号		
	登録年月日	平成	年	月	日

### 研修に対する希望

第1回以外は希望する時間帯1つに○を入力して下さい。

希望する日程	第	回	9時30分～11時30分	13時～15時	16時～18時
--------	---	---	--------------	---------	---------

受講料の負担	都道府県市	医師会	所属先	個人	その他
--------	-------	-----	-----	----	-----

請求書送付先	郵便番号	:				郵便番号はハイフンなしで入力してください。
	住所	:				
	所属	:				
	役職	:				
	氏名	:				
	連絡先 TEL	:				
	E-mail	:				
請求書宛先(債務者)	:					