**令和元年度三重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**

注）主な公表先は、医師会、三重県看護協会、病院関係団体、地域包括支援センター、三重県ホームページ等

　　です。公表する情報は、「氏名、職名、勤務先（勤務先名、勤務先住所、勤務先電話番号）」です。

**【申込方法】　QRｺｰﾄﾞまたは下記のｻｲﾄより、お申し込みください。ﾒｰﾙまたはFAXでもお申し込みいただけ**

**ます。※送付状は不要**

**【申込期間】 　　　　　 第１回　　　令和元年６月２４日（月）～　７月２２日（月）**

**第２回　　　令和元年８月１９日（月）～　９月１１日（水）**

 **第３回　　　令和元年９月３０日（月）～１０月１６日（水）**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日※ご希望の回に〇をつけてください | 第１回　　　　　　　　　　第２回　　　　　　　　　　第３回令和元年8月2日(金)　　　　　　令和元年9月25日(水)　　　　　　　令和元年11月1日(金) |
| 勤務先 | 申込担当者名※決定通知書は、参加者全員分を申込担当者あてに送付いたします。 |  | 施設電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 施設名 |   |
| 参加者１ | フ リ ガ ナ |  | 情報公表注）の意向確認 | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  （ 昭 ・ 平 ）　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 職　名（医師・看護師等） |  |
| 参加者２ | フ リ ガ ナ |  | 情報公表注）の意向確認 | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  （ 昭 ・ 平 ）　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 職　名（医師・看護師等） |  |
| 参加者３ | フ リ ガ ナ |  | 情報公表注）の意向確認 | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  （ 昭 ・ 平 ）　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日 | 職　名（医師・看護師等） |  |

**◆お申込先◆**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

**三重県立看護大学地域交流センター**

〒514-0116　　三重県津市夢が丘１丁目１番地１

URL　　http://www.mcn.ac.jp/questionnaire/1098

**TEL＆FAX　059（233）5658　 / E-mail　rc@mcn.ac.jp**