**令和２年度三重県看護職員認知症対応力向上研修　受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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。 | 職名（　　　　　　　） | **所属施設****電話番号** |  |
| **所属施設名** |  |
| **所属施設住所** | 〒 |
| **＜受講希望者情報＞** |
| フ　リ　ガ　ナ受講希望者名 | 生年月日 | 職名 | 情報公表注）の意向確認 |
|  | （昭・平）　　 年　　　　月　　日 |  | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
|  | （昭・平）　　 年　　　　月　　日 |  | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
|  | （昭・平）　　 年　　　　月　　日 |  | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
|  | （昭・平）　　 年　　　　月　　日 |  | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
|  | （昭・平）　　 年　　　　月　　日 |  | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |
|  | （昭・平）　　 年　　　　月　　日 |  | 情報の公表に同意する　　・　　同意しない |

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。

**＜申込期間＞ 　　令和２年７月１３日（月）～８月２８日（金）**

**＜申込方法＞　　 ＱＲコードまたは下記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。**

**必要事項をご記入の上お申し込みください。**

**※送付状は不要です**



【お申込・お問合せ先】　　三重県立看護大学地域交流センター（三重県津市夢が丘1-1-1）

**TEL・FAX 059-233-5610 / E-mail　event.rc@mcn.ac.jp**