**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**