

宮城県看護協会「認知症対応力向上研修」申込書

施設ごとにまとめて申し込んでください。添書は不要です

※ただし、同施設でも異なる地域・開催日を申し込まれる場合は申込書を分けてください

令和2年 月 日 申込

研修番号	申込み日程に○をつけてください	地域・開催日	申込締切				
4610①		仙台① 令和2年 8月27日(木)～29日(土)3日間	7月10日(金) 必着				
4610②		仙台② 令和2年10月29日(木)～31日(土)3日間	9月1日(火) 必着				
4620		登米 令和2年10月 8日(木)～10日(土)3日間					
研修名	看護職員認知症対応力向上研修						
所属施設名			施設番号				
申込責任者	氏名	部署	役職				
	(ご自身も受講希望の場合は下記受講者名簿にも記入してください)						
住所	〒						
電話番号		FAX番号					
受講修了者所属病院(施設)名公表 ㉠		どちらかに○をつけてください	同意する 同意しない				
※本研修は公表を前提としております。「同意しない」場合にはその理由をお書きください。							
番号	受講者名 ㉡	生年月日 ㉢	職位	経験年数	職能(○で囲む)	入会(○で囲む)	県協会会員番号(6桁)
1		昭和 年 月 日			保助看准	会員 非会員	
2		昭和 年 月 日			保助看准	会員 非会員	
3		昭和 年 月 日			保助看准	会員 非会員	

※各施設3名以内(各回毎)での応募をお願いいたします。

【記載上の留意事項】

- ㉠「受講修了者所属施設名公表」の「同意する・同意しない」を記載の上、「同意しない」場合はその理由をお書きください。
- ㉡「受講者名」は修了証書に記載されますので、略字等ではなく正確にお書きください。
- ㉢「生年月日」は修了証書に記載されますので、必ずお書きください。

【申込方法・申込先】

郵送で右記あて申してください。

〒 980-0871 仙台市青葉区八幡二丁目10-19
宮城県看護協会教育部