**山形大学認知症講座　受講申込書**

■ 受講申込者（記入又は○をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　大　・　昭　・　平　　　　年　　　月　　　日 |
| 区分※該当に○をつけて下さい | 医師　　　　　・　　　　　コメディカル |
| 勤務医療機関名　　　　称 |  |
| 勤務医療機関所　在　地 | 〒(TEL 　 -　 -　 ) (FAX 　 - 　 - 　 ) |
| 診療科 |  | 職　　名 |  |
| 連絡先※勤務医療機関と異なる場合のみ記入して下さい | 所在地：〒名　称：(TEL 　 - 　 - 　 ) (FAX　 - 　 - 　 ) |
| メールアドレス※オンライン研修につき、キャリアメールは不可） |  |

|  |
| --- |
| 申込先　E-mail otakiat@pref.yamagata.jp　山形県高齢者支援課地域包括ケア推進担当あて |

※記載いただいた情報は受講状況の管理にのみ使用し、修了証の交付を受けた医師の県ホームページ上での公表は、別途本人に照会し、同意があった場合のみ行います。

問合せ先　〒990-8570　山形県高齢者支援課　地域包括ケア推進担当

　　　Tel 023-630-2158 ／ E-Mail　otakiat@pref.yamagata.jp