

認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県・指定都市担当者記入欄】

所在地	〒 951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1			
連絡先	電話番号	: 025-226-1281	FAX	: 025-222-5531
	E-mail	: hokatsucare@city.niigata.lg.jp		
担当部局	新潟市役所福祉部地域包括ケア推進課		担当者名	小川

【受講者記入欄】

ふりがな 希望者氏名				性別	
生年月日	昭和 年 月 日			歳	
職場住所 (テキスト・修了証書の送付先)	〒				
職 場 名					
診療科 (所属)	:		職 名	:	
連絡先	電話番号	:	FAX	:	
	E-mail(グループワークの案内の連絡先) :				
	緊急連絡先電話番号(グループワーク当日に連絡が取れるもの) :				
医師免許	医籍番号	第	号		
	登録年月日	平成 年 月 日			
研修に対する希望					
希望する日程	第一希望	第 回	10時～12時	14時～16時	17時～19時
	第二希望	第 回	10時～12時	14時～16時	17時～19時
受講料の負担	都道府県市	医師会	所属先	個人	その他
請求書送付先	郵便番号	:			
	住所	:			
	所属	:			
	役職	:			
	氏名	:			
	連絡先 TEL	:			
	E-mail	:			
請求書宛先(債務者)	:				