

令和5年度

佐賀県看護職員認知症対応力向上研修(3日間) 受講申込書

※下記に文字等の記入 ○の表示 を記してください。

ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	年 月 日生
現 職 種	保健師 ・ 助産師 ・ 看護師	現在の役職	
施 設 名		() 上記役職は次のいずれに相当しますか □にレ点をつけてください。	
勤務部署名 (科 名)		<input type="checkbox"/> 副看護部長級職 <input type="checkbox"/> 師長級職 <input type="checkbox"/> 副師長級職	
施設住所	〒 TEL		
看護師免許取得 後の実務経験	年	保・助・看護師国家 免許の登録番号 取得年月日	年 月 日
研修終了後、 施設内での伝達 講習実施予定	有 (月 日頃予定) 無		
認知症ケアにつ いて、あなたが、 またはあなたの 部署で、今、抱 えている問題 は、どのようなこ とですか？ (受講動機)			
推薦者	役職 _____ 氏名 _____ (印)		

※申し込みは郵送または持参してください。

※この情報は「認知症対応力向上研修会」に関わる以外の目的には使用いたしません。

※この様式は佐賀県看護協会ホームページからダウンロードできます。