

令和6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		・現在の役職等	
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 ・実習指導者講習会の受講 有 無	
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。