【コピー使用可】

令和７年度

「病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修事業」

受講申込書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　締切日　　１０月６日（月）　１７時必着

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 代表者名 |  |
| 施設住所 | 〒  電話番号： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 参加希望者氏名 | 職種 | 生年月日 |
| １ |  | 看護師・准看護師 |  |
| ２ |  | 看護師・准看護師 |  |

※職種は該当する所に〇をお付けください。

※修了証書に生年月日を記載しますので、元号で間違いのな　いよう記載してください。

　　　受講者の決定は、10月２７日（月）までに通知します。

**申込みが多数の場合は、調整させていただきますので、予め了承ください。**

佐賀県看護協会　看護センター

　　　　　　電話：0952-68-3058

　　　　　　FAX:0952-68-3603