

令和 7 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)			☐ 副看護部長級職 ☐ 師長級職 ☐ 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。