平成29年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修

受 講 申 込 書

必要事項をご記入のうえ、下記の申込み先あて **ＦＡＸ又は郵送** で提出してください。

**申込期限：平成２９年１１月１７日（金）必着**

【申込み先】北海道保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課

地域包括ケアグループ（担当：平石）

　　　　　　ＦＡＸ番号： ０１１－２３２－８３０８

　　　　　　郵送先住所： 〒060－8588 札幌市中央区北３条西６丁目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申　込　日** | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |
| **ふ　り　が　な** |  | **性別** |  |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** |  明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　 　　　年　　　月　　　日 （ 　歳） |
| **職場（医療機関）名** |  |
| **職場（医療機関）住所** | 〒（TEL　　－　　　－　　　　） (FAX　　　－　　　－　　　　) |
| **連　絡　先　住　所****※職場の住所と同じ****場合は記載不要です** | 〒（TEL　　－　　　－　　　　） (FAX　　　－　　　－　　　　) |
| **医師免許** | **番　　号** |  第　　　　　　　　　　号 |
| **登録年月日** |  昭和 ・ 平成　　　　　年　　　月　　　日 |
| **所属（診療科等）** |  | **職名等** |  |
| **北海道医師会加入の状況** | 会　員　　　・　　　非会員 |

【注】本書に記載の個人情報は、受講者及び修了者名簿の作成、北海道医師会認定生涯教育講座単位申請

　　手続きのみに使用し、それ以外には使用しません。