

年 月 日

申込先：青森県看護協会 教育研修課
FAX (017) 735-3836

令和2年度青森県看護職員認知症対応力向上研修 受講申込書

施設名		病床数	
住所			
設置主体	<input type="checkbox"/> 国立 <input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 独立行政法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 学校法人 <input type="checkbox"/> 財団法人 <input type="checkbox"/> 組合・共済・健保組合 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
申込担当者			
電話番号	() —		

対象者

- ①看護職実務経験年数5年以上
- ②青森県内で勤務する指導的役割の看護職員（自施設等での伝達講習を実施可能な方）
- ③研修修了者名簿の市町村への提供について同意できる方

	氏名	県会員No.	↓ 非会員のみ記入		所属 (例：外来、精神科)	職位	実務 経験 年数	上記③に ついて 同意する
			職種	年齢				<input checked="" type="checkbox"/>
1				歳			年	<input type="checkbox"/>
2				歳			年	<input type="checkbox"/>

(問合せ先：青森県看護協会 教育研修課 TEL：017-723-4579)