(二次元バーコード）

****

右図の二次元バーコードを読み取っていただき、Googleフォームより

お申し込みください。

Googleフォームによる申し込みが困難な場合は、

下記受講申込書を電子メールによりご提出ください。

**山形大学認知症講座**

（病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修）

**受講申込書**

■ 受講申込者（記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　大　・　昭　・　平　　　　年　　　月　　　日 |
| 勤務医療機関名　　　　称 |  |
| 勤務医療機関所　在　地 | 〒(TEL 　 -　 -　 ) (FAX 　 - 　 - 　 ) |
| 診療科 |  | 職　　名 |  |
| 連絡先※勤務医療機関と異なる場合のみ記入して下さい | 所在地：〒名　称：(TEL 　 - 　 - 　 ) (FAX　 - 　 - 　 ) |
| メールアドレス※必ずご記入ください。※オンライン研修につき、キャリアメールは不可 |  |

※記載いただいた情報は受講状況の管理にのみ使用します。

|  |
| --- |
| 問合せ先　山形県地域包括ケア総合推進センター（一般社団法人山形県地域包括支援センター等協議会）担当 齋藤　聖羅〒９９０－００２１　山形市小白川町２－３－３０　山形県小白川庁舎４階TEL：０２３－６７６－６７６７　　E-mail：yamagata-hokatukyo@y-hzk.com |