

認知症サポート医養成研修受講者募集のご案内

「認知症サポート医養成研修」受講者を募集いたします。

研修日程は下記のとおりです。

ご希望の先生は岡山県医師会事務局 (Tel 086-250-5111) までご連絡ください。

もしくは別紙申込書をFAX (086-251-6622) にてお送りください。

なお、申込期限は6月26日(月)とさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

日程	会場
第2回：福岡会場 平成29年9月9日(土)～10日(日) 1日目：13時00分～19時00分 2日目：9時00分～11時45分	福岡ファッションビル 福岡県福岡市博多区博多駅前2-10-19
第3回：北海道会場 平成29年10月21日(土)～22日(日) 1日目：13時00分～19時00分 2日目：9時00分～11時45分	札幌コンベンションセンター 北海道札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1
第4回：京都会場 平成29年12月9日(土)～10日(日) 1日目：13時00分～19時00分 2日目：9時00分～11時45分	京都市勧業館みやこめっせ 京都市左京区岡崎成勝寺町9番地1
第5回：愛知会場 平成29年12月16日(土)～17日(日) 1日目：13時00分～19時00分 2日目：9時00分～11時45分	TKPガーデンシティ PREMIUM 名駅西口 愛知県名古屋市中村区則武1-6-3 ベルヴェオフィス名古屋
第6回：東京会場 平成30年1月27日(土)～28日(日) 1日目：13時00分～19時00分 2日目：9時00分～11時45分	ベルサール半蔵門 東京都千代田区麴町1-6-4 住友不動産半蔵門駅前ビル2F

※第1回は事務処理の都合上、募集いたしませんのでご了承ください。

※募集人員は5会場併せて4名で、希望者多数の場合は調整させていただきます。

※受講料・交通費は支給されます。

※全課程修了者には修了証の交付があります。

※この養成研修は、独立行政法人国立長寿医療研究センター（愛知県大府市）が実施いたします。

認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県市担当者記入欄】

所在地		〒	
連絡先	電話番号		
	FAX		
	E-mail		
担当課		担当者名	

【受講者記入欄】

フリガナ 希望者氏名		性別	
生年月日	昭和・平成	年	月 日 歳
職場住所	〒		
職場名			
連絡先	電話番号		
	FAX		
免許	番号	第	号
	登録年月日	昭和・平成	年 月 日
診療科(所属)			
職名			
研修に対する希望			
希望する日程	第 回		
受講料の負担	都道府県市 医師会 個人 その他()		
請求書送付先	郵便番号: 住所: 所属: 役職・氏名: 連絡先:		