



【厚生労働省 平成 28 年度病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修事業 指定研修（予定）】

コメディカルのための認知症対応力向上研修 参加申込書

返信先 FAX: 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

申込締切：平成 28 年 4 月 28 日（木）

貴施設名	日本慢性期医療協会 会員施設
	日本リハビリテーション病院・施設協会 会員施設
	上記の 2 つのどちらの会員でもない

住 所 TEL ()

連絡担当者氏名 役職

ふりがな 参加者氏名	職 種	役 職	性 別	生 年 月 日
	看護師		男・女	S H 年 月 日
			男・女	S H 年 月 日
			男・女	S H 年 月 日
			男・女	S H 年 月 日

※「同一事業所の看護師」の参加が必須です。

※ 修了証書発行の際、生年月日が必須となります。必ずご記入ください。

※ 連絡担当者様宛に、参加案内や参加費請求書等を、平成 28 年 4 月下旬頃にお送りいたします。

【ご参加にあたってのお願い】

- ・遅刻・早退・中抜けなどがある場合、修了証書を発行いたしかねます。
- ・本研修の「グループワーク 1」において、施設内の認知症の症例について検討を行いません。4月下旬頃に送付する参加案内に、症例の記入フォーマットを同封致しますので、事前に事務局までご提出ください。
- ・本研修は厚生労働省老健局「認知症地域医療支援事業」の「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業」の指定研修（予定）です。地域の認知症医療体制の推進及び管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資することを目的とし、研修修了者の在籍する病院・施設のリストを作成し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布・提供する場合があります。リストへの記載にご同意いただけない場合には、研修会修了時まで日本慢性期医療協会事務局までご連絡ください。