滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 川上　行

FAX　/　０７７－５２８－４８５１　（送信票は不要です。）

E-mail　/　[ninchisyo@pref.shiga.lg.jp](mailto:ninchisyo@pref.shiga.lg.jp)

**令和６年度認知症相談医養成研修**

**（かかりつけ医認知症対応力向上研修）**

**受講申込書**

標記研修会について、下記の者の参加を申し込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ. |  | 職　種 | メールアドレス | 認知症相談医認定の  有無（医師の方のみ） |
| １ |  |  |  | 有　・　無 |
| ２ |  |  |  | 有　・　無 |

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 所属住所 | 〒 |
| 担当者名 |  | 連絡先  （電話番号） |  |

**◆ 申込締切：令和６年７月３１日（水）**