**令和４年度　病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修申込書**

**送付先：公益社団法人群馬県看護協会　行**

**ＦＡＸ：０２７－２３０－２００３**

**※送付票は不要です**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属施設名** |  |
| **所属住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **申込担当者** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　　名** | **生年月日** | **職　種** | **情報提供の有無** |
| **１** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**※修了証書を交付しますので、氏名、生年月日は楷書で丁寧に記載してください**

**※情報提供の有無欄が未記入の場合は、情報提供にご承諾いただいたものとさせていただきます**

**締め切り：１月３１日**

**《問い合わせ先》群馬県看護協会　在宅支援課**

**住所　前橋市上泉町1858-7**

**電話　027-230-2002**

**※本研修申込みで得た個人情報は研修に伴う書類作成･発送に用い、この目的以外には使用しません**