

令和元年度

# 長野県 薬剤師認知症対応力向上研修会

(令和元年度薬剤師認知症対応力向上研修事業 長野県委託事業)

## 受講申込書 (10月22日(火・祝)開催)

1. 会員区分 該当に○印をご記入下さい	会員 ( 薬剤師会) ・ 会員外
2. 氏名 ふりがな	
3. 生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
4. 勤務先	
5. 受講票等送付先 住所 (自宅の場合は自宅の住所・電話・FAXをご記入下さい。)	受講証送付先： 自宅 勤務先
	〒  TEL FAX
6. 研修修了者名簿への 情報記載・公開について	研修修了者名簿への修了者情報記載・関係先への公開に 同意する 同意しない  ※研修修了者の情報については、名簿を作成し、本人の同意を得た上で、長野県担当課を通じ、各市町村・地域包括支援センターに情報を提供する等、地域の認知症医療体制推進及び認知症の人や家族等の受診の利便性に資するとされています。  ※先着順で申込受付をいたしますが、受講希望者多数で調整が必要な場合、「同意する」に○をつけた方を優先させていただくことがあります。

◎研修会当日のご案内を郵送または FAX でご連絡する場合がありますのでご承知おき下さい。

◎申込締切:令和元年 10 月 15 日(火) ※締め切り前であっても、定員になり次第締切。

申込書送付先:長野県薬剤師会事務局 fax 0263-34-0075