

FAX (香川県薬剤師会行) 087-831-0070

(2, 3回)

平成29年度 香川県薬剤師認知症対応力向上研修会 受講申込書

受講希望日 いずれかに○	() ② 平成30年1月21日(日)丸亀市ひまわりセンター () ③ 平成30年2月18日(日)県薬朝日町会館
ふりがな 氏名	() 香川県薬剤師会 会員 () 香川県病院薬剤師会 会員 () 上記以外 非会員
生年月日 (修了証書に必要)	大正・昭和・平成 年 月 日
勤務先名称 勤務先住所 Tel	名称 ; 住所 ; 〒 Tel
受講票等 送付先 (連絡先)	受講票等送付先 自宅 ・ 勤務先 〒 TEL FAX
※関係機関からの要請に基づく情報提供の同意について (いずれかに○)	関係機関からの要請に基づく研修修了者情報の提供に () 同意する () 同意しない ※本事業においては、研修修了者の情報について、研修修了者の同意を得た上で、県、市町や市町が設置する地域包括支援センターからの要請に基づき情報を提供する等、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ものとされています。(提供情報は、氏名・勤務先・勤務地(町名)等) ※原則、先着順で申込受付をしますが、受講希望者多数で調整が必要な場合、「同意する」の選択者を優先させていただくことがあります。

○申込締切日 ; ②1月11日(木) ③2月7日(水) (定員に達し次第終了)

○受講決定者には、受講票を郵送で連絡します。(受講票は、当日、ご持参ください)

○ここにご記入いただいた個人情報は、本研修関連業務以外には使用しません。

来年度以降の開催は未定です。ぜひ、今回、受講くださるようご案内いたします。