

平成30年度 香川県 薬剤師認知症対応力向上研修会 受講申込書

開催日	平成30年12月16日(日) 香川県薬剤師会朝日町会館
ふりがな 氏名	香川県薬剤師会 <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
生年月日 (修了証書に 必要です)	昭和・平成 年 月 日
勤務先名 勤務先住所 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 く情報提供に ついて (いずれかに ○を)	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。 (提供する情報は、氏名・勤務先・勤務地(町名)です) ※ 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；11月29日(木)(定員に達した場合は締切日前でも受付終了します)

受講決定者には、受講票を郵便で連絡します。

ここに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。