

令和8年度 認知症サポート医養成研修受講申込書

【都道府県・指定都市担当者記入欄】

|      |            |  |                    |
|------|------------|--|--------------------|
| 所在地  | 〒 590-0078 |  |                    |
|      | 堺市堺区南瓦町3-1 |  |                    |
| 連絡先  | 電話番号       | : 072-228-8347   | FAX : 072-228-8919 |
|      | E-mail     | : <a href="mailto:choshi@city.sakai.lg.jp">choshi@city.sakai.lg.jp</a> |                    |
| 担当部局 | 長寿支援課      |  | 担当者名 奥西・倉内         |

【受講者記入欄】

|               |            |          |     |                       |
|---------------|------------|----------|-----|-----------------------|
| ふりがな<br>希望者氏名 |            |          |     | 性別                    |
| 生年月日          | 昭和 年 月 日   |          |     | 歳                     |
| 職場名           |            |          |     |                       |
| 診療科(所属)       | :          |          | 職名  | :                     |
| 職場住所          | 〒          |          |     |                       |
| テキスト・修了証書の送付先 | 〒          |          |     |                       |
| 連絡先           | 電話番号       | :        | FAX | :                     |
|               | E-mail     | :        |     |                       |
| 医師免許          | 医籍番号       | 第        | 号   |                       |
|               | 登録年月日      | 平成 年 月 日 |     |                       |
| 研修に対する希望      |            |          |     |                       |
| 希望する日程        |            | 第 回      |     |                       |
| 受講料の負担        | 都道府県市      | 医師会      | 所属先 | 個人 <small>その他</small> |
| 請求書送付先        | 郵便番号       | :        |     |                       |
|               | 住所         | :        |     |                       |
|               | 所属         | :        |     |                       |
|               | 役職         | :        |     |                       |
|               | 氏名         | :        |     |                       |
|               | 連絡先 TEL    | :        |     |                       |
|               | E-mail     | :        |     |                       |
|               | 請求書宛名(債務者) | :        |     |                       |

