

高知県医師会事務局 行

平成30年度第2回高知県医師会かかりつけ医 認知症対応力向上研修会申込書

施設名	
郵便番号	〒 ー
施設所在地	
職種	医師・看護師・その他()
氏名	
生年月日	T・S 年 月 日(満 歳)
主な診療科目	※医師のみ記入下さい。

申込締切 平成31年1月18日(金)

《お問い合わせ先》

高知市丸ノ内1丁目7番45号

総合あんしんセンター4階

一般社団法人高知県医師会

事務局 業務課 担当：中澤

TEL088-824-8366 FAX088-824-5705

mail s-nakazawa@kochi.med.or.jp

(注) 医師の方は同意書に原則ご記入下さい。

(10月に開催しました平成30年度高知県医師会かかりつけ医認知症対応力向上研修会にて、既に記載された先生方におかれましては、記載する必要はございません。)

同意書

※「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」を受講される医師は、本人の同意があれば修了証番号、修了年月日、氏名、生年月日等を記入した名簿を高知県が管理することとなります。

※「かかりつけ医認知症対応力向上研修会」を修了された医師は、本人の同意があれば修了者リスト情報を高知県から各市町村が設置する地域包括支援センターへ情報提供し、ホームページなどで活用することとしております。

上記、情報提供に 同意する ・ 同意しない
(いずれかを○で囲んで下さい。)

平成 年 月 日

署名 _____