

奈良県病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修 受講申込書

|            |                                             |          |
|------------|---------------------------------------------|----------|
| ふりがな       |                                             | 生年月日（西暦） |
| 氏名         |                                             | 年 月 日    |
| 連絡先        | TEL                                         |          |
| ふりがな       |                                             |          |
| 勤務先        |                                             |          |
| 勤務先<br>所在地 | 〒 —<br>TEL FAX                              |          |
| 職種         |                                             |          |
| 役職         |                                             |          |
| 勤務場所       |                                             |          |
| 応募者<br>同意書 | 研修修了後、施設名の公表に同意します。<br>応募者本人署名 _____ 印      |          |
| 施設<br>同意書  | 研修修了後、施設名の公表に同意します。<br>施設長名 _____ 印         |          |
| 推薦順位       | （ ）位／（ ）名中 <u>複数名申し込む場合は必ず優先順位をつけてください。</u> |          |

----- 申込結果通知書 -----

お申し込みいただいた上記の者の選考結果は次のとおりです。

受講（ 可 ・ 不可 ）

受講番号