第１回　医療従事者の認知症対応力向上研修（受講申込書）

|  |  |
| --- | --- |
| 日時：  会　　　場：  講　　　師：  プログラム： | 令和２年８月１日（土）　14：00～17：15（予定）  ホテルグランドティアラ安城　〒446-0058　安城市三河安城南町１丁目８番地11  黒川　豊（黒川医院）  目　的 編 （15分）　イントロダクション・現状と課題・認知症ケア  対応力 編 （60分）　アセスメント・入院中の対応力  連　携 編 （15分）　院内外連携・管理者  演　習 編（105分）　意義、事例収集、進行方法 等 |
| 対　　　象：  定　　　員： | 尾張地区・三河地区の有床診療所もしくは病院に勤務する医師、看護師、薬剤師、リハビリ職種を始めとした多職種の医療従事者（様々な職種の方々のご参加をお待ちしております）。  100名程度（参加無料・要申込）（応募多数の場合は抽選） |

【修了証書の交付】

研修修了者には後日、修了証書を交付いたします。（修了証は、受講者が認知症対策に寄与するという意識向上の観点から発行されるものであり、修了証取得による効力が生じるものではありません。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | | 男　・　女 |
| 申込者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） | | ＊修了証書の発行に  必要となりますので、  必ずご明記ください。 | |
| 職　　　種 | １．医師（　　　　　医師会所属・非会員）　　２．看護師　　３．准看護師  ４．歯科医師　　５．薬剤師　　６．精神保健福祉士　　７．理学療法士  ８．作業療法士　　９．栄養士　10．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 医籍登録番号  ＊医師のみ記入 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | |
| 勤務先名 |  | | | |
| 勤務先住所 | 〒　　　　－ | | | |
| ＴＥＬ  ＦＡＸ | ＴＥＬ（　　　　）　　　－　　　　　/ＦＡＸ（　　　　）　　　－ | | | |

＊受講の可否は、後日ハガキにてご連絡いたします。

＊原則、ご本人の承諾なく、個人情報を本研修以外に利用または第三者に提供いたしません。

|  |
| --- |
| 【お問合せ先】公益社団法人　愛知県医師会　医療業務部第３課  TEL（052）241-4143　FAX（052）241-4130　E-mail:chiiki\_3@aichi.med.or.jp |

＊第２回（９月）・第３回（10月）につきましては、後日ご案内させていただく予定です。