

【コピー使用可】

令和8年度

「病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修事業」

受講申込書

締切日 10月6日(火) 17時必着

施設名	
代表者名	
施設住所	〒  電話番号:

	参加希望者氏名	職種	生年月日(和暦)
1		看護師・准看護師	
2		看護師・准看護師	

※職種は該当する所に○をお付けください。

※修了証書に生年月日を記載しますので、元号で間違いのないよう記載してください。

受講者の決定は、10月27日(火)までに通知します。

申込みが多数の場合は、調整させていただきますので、予め了承ください。

佐賀県看護協会 看護センター

電話:0952-68-3058

FAX:0952-68-3603

佐保直子

