認知症模擬患者養成講座 受講のお申込みについて

お申込み方法

受講をご希望される方は、受講申込書（愛知県立大学看護実践センターのホームページからもダウンロードできます）にご記入の上、申込期限までにメール・FAXのいずれかの方法でお申し込みください。申込締め切り後に、振込先等のご案内を送付しますので受講料の振込みをお願いいたします。

ご不明な点があれば以下の問合せ先にご連絡ください。

# お申し込み・お問合せ先

TEL:052-778-7103(ダイヤルイン) FAX:052-736-1415

E-mail:supportns@nrs.aichi-pu.ac.jp

愛知県立大学看護実践センター 担当 : 前田

**〒463-8502** 名古屋市守山区上志段味東谷

認知症模擬患者養成講座 申込用紙 ご記入の上、このページをFAXして下さい

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  お名前 | (ふりがな： ) | 性別 | | ・男性  ・女性 | | 年齢 | 才 |
| ご住所 | 〒  ※振込先等のご案内を送付するため、確実に届く住所でお願いします。 | | | | | | |
| 連絡先  電話番号はできるだ け、携帯電話など連 絡がつきやすいもの としてください | 電話：  (携帯等)  FAX：    メール： | | 認知症 介護経験  該当に○ | | ・無  ・有 (専門職として)  ・有 (家族として) | | |

※お一人につき一枚のご記入でお願いします。

※受講申込書の個人情報は、今回の講座の目的以外には使用いたしません。