（様式１）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※

受　講　願　書

　　年　　　　月　　　　日

独立行政法人国立病院機構　北陸病院

院長　　吉田　光宏　殿

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の2025年度認知症ケア研修を受講したいので、関係書類を添えて出願いたします。

　(様式２)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※

受　講　調　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ氏　　　　　名 |  | 　　男　　　女 |
| 西暦生　年　月　日 | 　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　年齢　　　　　歳 |
| 現　 住 　所 | 〒 | 電話番号( 　 ) － |
| 勤務先 | フ　リ　ガ ナ名　　　称 |  |
| 現　住　所 | 〒 | 電話番号（　　　　）　　　　　－ |
| 現在の職務内容(該当する番号、記号に○印を付すこと） | １．一般病院　　　２．精神科病院　　　ア．認知症治療病棟　イ．老人病棟　ウ．精神科病棟　　　エ．一般病棟　　　　オ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　）３．老人保健施設　　　（ア．認知症専門　　　イ．一般　）４．特別養護老人ホーム（ア．認知症専門　　　イ．一般　）５．認知症対応型グループホーム６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講動機 |  |
| 　上記のとおり相違ありません。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※

受　講　推　薦　書

　　年　　　　月　　　　日

独立行政法人国立病院機構　北陸病院

院長　　吉田　光宏　殿

施設名

所在地

施設長氏名　　　　 　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　　　印

2025年度認知症ケア研修の受講生として次の者を推薦いたします。

氏名