**FAX送信用紙**

　　　　　　　　　平成30年度福島県地域医療介護総合確保基金事業

　　　　　　**認知症ケアに携わる人材の育成のための研修会申し込み**

　送信先：一般財団法人竹田健康財団　竹田綜合病院　こころの医療センター

　　　　　田口　厚子行

　ＦＡＸ：0242-29-9852

　送信元：施設・支部名

　　　　　　※OT参加者は支部名を明記してください

　　　　　連絡先

　※作業療法士の方で昨年度応用研修を受講し、今回の全体研修参加で福島県作業療法士会「認知症研修会受講修了証」を取得できる方は、昨年度受講した応用研修の期日に○を付けてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | 所　属（職種） | 昨年度受講した応用研修 |
| 　福島　太郎 | ○○病院（OT） | 平成29年11月3日（会津）　　　　　平成29年12月3日（郡山）　　　　　平成30年1月28日（いわき） |
|  |  | 平成29年11月3日（会津）　　　　　平成29年12月3日（郡山）　　　　　平成30年1月28日（いわき） |
|  |  | 平成29年11月3日（会津）　　　　　平成29年12月3日（郡山）　　　　　平成30年1月28日（いわき） |
|  |  | 平成29年11月3日（会津）　　　　　平成29年12月3日（郡山）　　　　　平成30年1月28日（いわき） |
|  |  | 平成29年11月3日（会津）　　　　　平成29年12月3日（郡山）　　　　　平成30年1月28日（いわき） |
|  |  | 平成29年11月3日（会津）　　　　　平成29年12月3日（郡山）　　　　　平成30年1月28日（いわき） |

* **締切　　平成３０年　９月１４日（金）　必着**