

(様式1号)

※ この欄は記入しないこと

※受理月日
平成 年 月 日
※受付番号
No.

## 受講願書

平成 年 月 日

独立行政法人  
国立病院機構 菊池病院長 殿

ふりがな  
受講希望者名 \_\_\_\_\_ 印

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女

貴院の認知症高齢者対策研修看護師課程を受講したいので、許可下さるよう申請します。

看護課程	希望順位 (1, 2, 3を記載)	研修期間
第63回		平成31年5月13日(月)～平成31年5月16日(木)
第64回		平成31年9月9日(月)～平成31年9月12日(木)
現在の職務内容 (取得免許、勤務先の診療科名などを記載)	取得免許：看護師、准看護師	
	勤務先の診療科名：精神科急性期、精神科慢性期、認知症 精神科・認知症混合、その他( )	
	認知症に関わった勤務年数：( )年	
受講の目的 (簡潔に記載)		

(受講推薦)

上記の者を認知症高齢者対策研修(看護課程)の受講生として推薦します。

平成 年 月 日

所属施設の

所在地 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

役職・氏名 \_\_\_\_\_ 印