新潟県高次脳機能障害相談支援センター

（新潟県精神保健福祉センター内）加治　宛

E-mail：ngt043040@pref.niigata.lg.jp

（＊FAXでの申込受付は行いません）

**令和４年度高次脳機能障害支援に係る医療・保健・福祉関係職員研修会**

**受 講 申 込 書**

**【受講者の情報】　＊受講者お一人につき１部提出してください。**

|  |
| --- |
| 所　　　属： |
| 氏　　　名： |
| 職種・職名： |
| 受講方法　　　　　□ 当日（Zoom） 　□ 後日（Youtube）　　□ 両方 |
| 日本医師会生涯教育講座の単位取得を希望　　　　 □ する　　　　□ しない  ＊希望する場合は、「当日（Zoom）の受講」が単位取得の必須要件となりますのでご注意ください。 |
| メールアドレス：  ＊日本医師会生涯教育講座の単位取得を希望する方は、当日、ログイン情報により出席確認を行いますので、「当日ログインするZoomアカウントのメールアドレス」をご記入ください。 |
| 連絡先電話番号： |

　＊「当日（Zoom）」を選択した受講者には、令和５年３月１日（水）までにZoomミーティングのＵＲＬ・ＩＤ等、視聴に必要な情報をメールで送付します。

＊「後日（Youtube）」を選択した受講者には、令和５年３月10日（金）までにYoutubeのＵＲＬ等、視聴に必要な情報をメールで送付します。

＊講師への質問等がありましたら御記入ください。

（時間等の都合ですべてにお答えできない場合もありますので、予めご了承ください）

|  |
| --- |
|  |

**申込み期限：令和５年２月20日（月）**