

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
(*電話・FAXでの申込受付は行いません)

令和5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 <input type="checkbox"/> 当日 (Zoom) <input type="checkbox"/> 後日 (YouTube) <input type="checkbox"/> 両方
(医師の方のみ) 日本医師会生涯教育講座の単位取得を希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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：
連絡先電話番号：

*「当日 (Zoom)」を選択した受講者には、令和6年1月18日 (木) 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6年1月26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6年1月12日 (金)