

令和5年度 認知症に関する研修会（BEGINNER 医療）

認知症に関する研修会は、zoomを利用したウェビナー（Webセミナー）で開催いたします。パソコンかスマホ等のネット環境*があれば、カメラ・マイクがなくても参加可能です**。多くのご参加をお待ちしております。

*通信料金は自己負担になります

**カメラ・マイク機能がない場合でもご質問等の対応にはチャット機能をご利用できます

ビギナー 認知症 BEGINNER研修会（医療）

日時：令和6年1月16日（火） 17:30～18:30（受付17:00～）

内容：認知症、医療面の概説

『認知症の薬物療法について（仮）』

講師：国立病院機構大牟田病院 脳神経内科医長 渡邊 暁博 先生

対象：地域包括支援センター、介護サービス事業所、病院など、認知症の方のケアに従事している方や認知症関連の行政職の方

参加費：無料

定員：各50名 *お申込み先着順、定員に達し次第、締切らせていただきます。

申込締切：1月10日（水）まで

申込方法：FAX、メール、QRコードのどれかで申込み下さい。

*参加者には、こちらからメールにてご案内いたします。

そのURLをクリックされるとご参加いただけます。zoomを使用されたことがない場合はパソコンの方は実行と同時にダウンロードされます。スマホの方は、『Zoom Cloud Meetings』のアプリのダウンロードを先に行ってからご参加下さい。

*zoomは、参加者側のアカウントの登録は必要ありません。



<お問い合わせ先・お申込み先>

福岡県認知症医療センター（国立病院機構 大牟田病院） 担当：三池

TEL&FAX :0944-58-7265 Mail : 604-Ninti@mail.hosp. go. jp

※電話がつながりにくい時は、大牟田病院（0944-58-1122）へお電話下さい

送信票

*送信案内は不要です

送 信 先	福岡県認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院） 宛
	FAX：0944-58-7265
	Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp

ビギナー

認知症 BEGINNER研修会（医療）参加申込書

申込締切：令和5年1月10日（水）まで

<所属施設>

施設名： _____ 電話番号： _____ 担当者： _____

希望日と参加者名をご記入下さい。

*1台のパソコンで数名参加される場合でも参加者全員分ご記入ください

氏 名	メールアドレス（*必須）	職種	経験年数	Zoom 使用経験
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

*参加者にはメールでのご案内をさせていただきますので、メールアドレスは間違いがないように（大文字小文字等分かり易く、必要あれば注意書きのご記入を）お願いいたします。また、ご案内メールは、下記のメールアドレスから送信いたしますので、受信できるように設定のご確認をお願いいたします。

なお、参加申込多数で調整する場合は、こちらからご連絡させていただきます。こちらから連絡がない場合は、参加可能とご理解ください。

★zoom をご利用された事がない方、研修会の参加に不安がある方などは、下記連絡先までご相談ください。

◆お問合せ先◆

福岡県認知症医療センター（国立病院機構大牟田病院） 担当：三池
TEL&FAX：0944-58-7265 Mail：604-Ninti@mail.hosp.go.jp
*大牟田病院 代表（TEL：0944-58-1122）

参加申込み

