

【様式第4号】

開催日	年 月 日
実施医療機関名	

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修(医療機関実施型研修)

修了証書にかかる確認書

本研修の修了証書交付を希望する方は大阪市より修了証書が交付されますので、本書を記載の上、実施した医療機関へ提出してください。

① 氏名	(ふりがな)

② 生年月日	大正・昭和	年	月	日
	平成・西暦			

〈注意事項〉

- ※ 研修終了後、本用紙を回収します。未提出の場合、修了証書を交付することができません。
- ※ 全講義を受講されていない場合、修了証書を交付することができません