【様式第5号】

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）

研修受講者名簿

開催日	
医療機関名	

	姓　　名	ふり がな	元号	生年	月	日	修了証書希望	備考欄
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

	姓　　名	ふり がな	元号	生年	月	日	修了証書希望	備考欄
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								

【様式第5号】 【記載例】

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）

研修受講者名簿

開催日	○○年10月24日
医療機関名	医療法人　○○病院

	姓	名	ふり がな		元号	生年	月	日	修了証書希望	備考欄
1	□□	□□	△△	△△	昭和	42	5	5	○	
2	□□	□□	△△	△△	昭和	55	4	11	○	
3	□□	□□	△△	△△	平成	5	8	17	○	
4	□□	□□	△△	△△	昭和	38	10	22	○	
5	□□	□□	△△	△△	昭和	44	11	25	○	
6	□□	□□	△△	△△	昭和	28	12	26	○	
7	□□	□□	△△	△△	昭和	50	1	2	○	
8	□□	□□	△△	△△	昭和	43	3	5	○	
9	□□	□□	△△	△△	昭和	39	6	18	○	
10	□□	□□	△△	△△	昭和	40	8	19	○	
11	□□	□□	△△	△△	昭和	32	8	22	○	
12	□□	□□	△△	△△	昭和	33	9	29	○	
13	□□	□□	△△	△△	平成	元	11	20	○	
14	□□	□□	△△	△△	昭和	40	5	30	○	
15	□□	□□	△△	△△	昭和	52	8	22	○	
16	□□	□□	△△	△△	昭和	56	12	12	○	
17	□□	□□	△△	△△	昭和	29	9	9	○	△△病院から参加
18	□□	□□	△△	△△	昭和	39	4	15	○	△△病院から参加
19	□□	□□	△△	△△	昭和	49	2	5	○	△△病院から参加
20	□□	□□	△△	△△	平成	5	9	11	○	△△病院から参加
21	□□	□□	△△	△△	平成	6	3	11	○	△△病院から参加
22	□□	□□	△△	△△	昭和	39	4	2	○	△△病院から参加
23	□□	□□	△△	△△	平成	7	2	14	○	△△病院から参加
24	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	
25	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	
26	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	
27	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	
28	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	
29	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	△△病院から参加
30	□□	□□	△△	△△	—	—	—	—	×	△△病院から参加