**様式２**

　　　－

（※日精協事務局記入欄）

受講記録書

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症臨床専門医番号 |  |
| 氏　　　名　　： |  |
| 医療機関名： |  |

「認知症に関する研修会」の修了証（写し）を添えて提出します。

* 更新の対象となる研修会は、2020（令和2）年度以降に開催された研修会です。

（別記欄）

□「令和7年度　認知症に関する研修会（第32回）」　受講予定（申込期限：9/30）

* 2025（令和7）年度開催の認知症に関する研修会にご参加の場合は研修会申込後、

上記のチェックボックスにチェックを入れてご申請ください。