

## 認知症診療見学 希望申請書

名前： 男 ・ 女

フリガナ  
メールアドレス：

電話番号：

ご希望の連絡方法：(メール・電話・郵送)

所属：金沢大学 (本科コース・インテンシブコース・スペシャルコース・スーパーコース)

富山大学 (本科コース・インテンシブコース)

福井大学 (本科コース・インテンシブコース)

金沢医科大学 (本科コース・インテンシブコース)

見学希望病院：金沢大学附属病院 神経内科  
富山大学附属病院 神経内科  
富山大学附属病院 神経精神科  
福井大学医学部附属病院 神経内科  
福井大学医学部附属病院 精神科  
金沢医科大学病院 認知症センター  
石川県立高松病院  
医療法人社団和敬会谷野呉山病院  
国立病院機構北陸病院  
福井県立すこやかシルバー病院

見学希望日：第1希望 平成 年 月 日 ( )

第2希望 平成 年 月 日 ( )

第3希望 平成 年 月 日 ( )

- ・見学希望日の3週間前までに認プロ運営事務局にメールまたは郵送にてご提出いただきますよう、よろしくお願いたします。
- ・見学の可否、詳細につきましては、見学希望日の2週間前までに見学希望先の病院よりご連絡いたします。
- ・日程調整等を行います。ご希望にそえない場合もございます。予めご了承ください。
- ・ご不明な点がある際には、認プロ運営事務局までお問い合わせください。

### 【認プロ運営事務局】

〒920-8640 石川県金沢市宝町13-1  
金沢大学医薬保健学域医学類B棟2階  
TEL:076-265-2149 FAX:076-234-4208  
e-mail:ninpro@adm.kanazawa-u.ac.jp