認知症サポート医養成研修

**受講希望調書**

|  |
| --- |
| 氏名 |
| 研修受講を希望する理由 |
| 研修により習得したい知識・技術 |
| 研修終了後、サポート医としてどのような役割を担いたいと考えるか |

※この調書は、札幌市と北海道及び札幌市医師会において受講者を決定する際の参考とさせていただきます。