年　　　月　　　日

日本脳血管・認知症学会　御中

メディカルスタッフ自己申告書

氏　　　名：

※署名もしくは記名・押印

所属施設名：

職　　　種：（※以下から該当する番号をご記載ください。）

①保健師

②看護師

③理学療法士

④作業療法士

⑤言語聴覚士

⑥介護職員

⑦臨床心理士

⑧臨床検査技師

⑨その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）