

(一般参加者用)

令和 3 年度地域包括医療・ケア研修会 受講者申込書

報告期限:令和 3 年 12 月 22 日 (水)

所属施設	都道府県			
	名称			
	所在地 〒			
	電話			
ふりがな 氏 名			職 種	
			役 職	
参加方法 どちらかに☑	☐	現地参加	☐	WEB 参加
請求書宛名	※必ずご記載ください。			
登録メールアドレス	※必ずご記載ください。			
※請求書・事前連絡・資料等については、全て上記登録メールアドレスへ送付いたします。 WEB 参加の方には動画配信 URL も上記登録メールアドレスへお送りいたします。 お間違えの無いようお願いいたします。				
備考				

※ご登録いただいた個人情報は、本研修会の運営管理、実施及び参加者名簿作成等のご案内のため
のみに使用いたします。

(公社)全国国民健康保険診療施設協議会