**令和4年度地域包括医療・ケア研修会　受講者申込書**

(別添２)

報告期限：令和4年12月21日 （水）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設 | 都道府県 | | | |
| 名称 | | | |
| 所在地　〒 | | | |
| 電話 | | | |
| 受講者  （記載例） | ふりがな  氏名 | こくほ　たろう | 職種  役職 | 理学療法士  主任 |
| 国保　太郎 |
| 参加方法 | 現地　　WEB | 登録  アドレス | ○○○○@○○○.jp |
| 受講者① | ふりがな  氏名 |  | 職種  役職 |  |
|  |
| 参加方法 | 現地　　WEB | 登録  アドレス |  |
| 受講者② | ふりがな  氏名 |  | 職種  役職 |  |
|  |
| 参加方法 | 現地　　WEB | 登録  アドレス |  |
| 受講者③ | ふりがな  氏名 |  | 職種  役職 |  |
|  |
| 参加方法 | 現地　　WEB | 登録  アドレス |  |
| 請求書宛名 | ※必ずご記載ください。 　請求書の合算希望 | | | |
| 申込担当者 | 所属（部署） | | | |
| 氏名 | | | |
| 連絡先メールアドレス | | | |
| ◇注意事項等  （1）事前連絡・資料等については、上記の各受講者登録アドレス宛にご案内いたします。  （2）「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。  （3）請求書及び領収書については、特段のご指定がない限りは「申込担当者」様のメールアドレス宛に送付いたします。  （4）同じ施設より4名以上参加の場合は、申込書を複数枚ご使用ください。  （5）その他ご要望等については、下記「備考欄」にご記載ください。 | | | | |
| 備考欄 |  | | | |

**※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