(一般参加者用)

**令和5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5年12月15日 （金）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設（勤務先） | 都道府県 |  | | | | |
| 名称 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
| 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WEB参加用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にお願いいたします。 | | | | | | | |
| 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