（別添2）

令和８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８年12月11日（金）

<table>
<tr><td rowspan="2">所属施設</td><td>都道府県</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>施設名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受講者
（記載例）</td><td rowspan="2">ふりがな
氏名</td><td>こくほ　たろう
国保　太郎</td><td>職種
役職</td><td>理学療法士
主任</td></tr>
<tr><td>参加方法</td><td>☑ 現地 ☐ WEB</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受講者①</td><td rowspan="2">ふりがな
氏名</td><td rowspan="2"></td><td>職種
役職</td><td></td></tr>
<tr><td>参加方法</td><td>☐ 現地 ☐ WEB</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受講者②</td><td rowspan="2">ふりがな
氏名</td><td rowspan="2"></td><td>職種
役職</td><td></td></tr>
<tr><td>参加方法</td><td>☐ 現地 ☐ WEB</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受講者③</td><td rowspan="2">ふりがな
氏名</td><td rowspan="2"></td><td>職種
役職</td><td></td></tr>
<tr><td>参加方法</td><td>☐ 現地 ☐ WEB</td></tr>
<tr><td>請求書宛名</td><td colspan="4">☐請求書の合算を希望する方はチェックを付けてください（複数名参加の場合）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申込担当者</td><td>所属（部署）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>メールアドレス
※必ずご記載ください</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">◇注意事項等
（1）参加負担金請求書・事前連絡・資料等は、全て上記「申込担当者」のメールアドレス宛に送付いたします。
（2）「WEB 参加」の方には WEB 参加用 URL も申込担当者のメールアドレスへお送りいたします。
（3）申込担当者だけでなく各受講者宛てに連絡を希望する場合は、申込担当者のメールアドレス欄に各受講者のメールアドレスを併記してください。
（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）「請求書宛名」欄が空欄の場合、宛名は所属施設名とし、複数名で参加の場合は合算で請求書を発行いたします。
（6）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。</td></tr>
<tr><td>備考欄</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※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