（一般参加者用）

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）

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