★参加申込書をご記入後、下記あてFAXかEmailでご送付ください。

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（担当：竹内、鈴木）

FAX：03-6809-2499　／　E-mail：[office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp)

**在宅医療・介護連携のための多職種研修 コーディネーター研修**

**参加申込書**

**■参加者（参加されない方がいる場合、当該部分は記載不要です）**

　①行政のご担当者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（ふりがな）** |  | | **自治体名**  **（市区町村まで）** |  | |
| **氏名** |  | |
| **ご所属の部署名** |  | |
| **役職(主事、係長等)** | |  | **職種(事務、保健師等)** | |  |

　②医療関係者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（ふりがな）** |  | | **勤務先** |  | |
| **氏名** |  | |
| **職種(医師、看護師等)** | |  | **医師会等所属団体での役職** | |  |

　③地域の医療介護連携における中心となる方

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（ふりがな）** |  | | **勤務先** |  | |
| **氏名** |  | |
| **職種(医師、看護師等)** | |  | **所属する職能団体での役職** | |  |

**■本研修に関するご連絡先（登録代表者）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **氏名** |  | **ご住所** | 〒 |
| **電話番号** | (　　　　　－　　　　　　 －　　　　 ) | **Eメール** |  |

**※受講票を送付いたしますので、Ｅメールアドレスは必ずご記載ください**

**■参加される研修（右の欄に○をつけてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| **① 令和２年 8月29日（土）　大阪府・大阪市（会場：CIVI北梅田研修センター）** |  |
| **② 令和2年10月10日（土）　東京都・千代田区（会場：アーバンネット神田カンファレンス）** |  |

最終申込締切り：参加申し込み初回締め切り日

大阪会場：令和２年7月31日（金）

東京会場：令和２年9月11日（金）

　　　　　　　　　　　 ★空席がある場合は受付延長　※ただし、満席になり次第受付終了となります。