

# 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会」 参加申込書

■参加者（①～③のうち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)	
氏名		所属部署名	
職種		役職	

②医療関係者

(ふりがな)		勤務先	
氏名		役職	
職種			

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		役職	
職種)			

■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	

※参加費の請求書及び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8年7月10日（金）福岡会場（会場：A.R.Kビル会議室）	<input type="checkbox"/>
②令和8年7月24日（金）東京会場（会場：ビジョンセンター田町）	<input type="checkbox"/>

参加申し込み締め切り日 令和8年6月17日（水）

★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。

★参加申込書をご記入後、事務局あて FAX か Email でお送りください。  
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（担当：迫（さこ）、竹内）  
FAX：03-6809-2499 / E-mail：[office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp)