

在宅療養者のペット飼育について考える実務者研修会 参加申込書

■参加者（参加人数分ご記入ください。3名未満で参加の場合、未使用の欄は空欄で結構です。）

参加者 1

(ふりがな)		所属	
氏名			
職種		役職	

参加者 2

(ふりがな)		所属	
氏名			
職種		役職	

参加者 3

(ふりがな)		所属	
氏名			
職種		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	

※研修会参加に関する事務連絡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

■伴走支援について

本研修会後、自地域での研修会開催や体制づくりを検討される地域に対し、希望に応じて本事業検討委員会委員による相談対応等の伴走支援を行う予定です。貴地域での伴走支援を希望されますか。		
☐ 希望する	☐ 検討中	☐ 現時点では希望しない

※伴走支援は3地域程度を対象とさせていただく予定です。「希望する」にチェックいただいた場合でも、ご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

参加申し込み締め切り日 令和8年9月30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：迫（さこ）、鈴木）
FAX：03-6809-2499 / E-mail：office@kokushinkyo.or.jp