★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）、竹内）

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** |  | |
| **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** |  |
| **請求書**  **について** | 請求書の宛名について指定がございましたら以下にご記入ください（特に指定がない場合はご所属名で発行させていただきます）。 | | |
|  | | |

**※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5年10月21日（土）　福岡会場（会場：八重洲博多ビル貸会議室）** |  |
| **② 令和5年11月3日（金・祝）　東京会場（会場：アーバンネット神田カンファレンス）** |  |
| **③ 令和6年1月27日（土）　岡山会場（会場：丸田産業貸会議室）** |  |

参加申し込み締め切り日　★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。

①福岡会場：令和5年10月11日（水）　　 ②東京会場：令和5年10月24日（火）

③岡山会場：令和6年1月17日（水）