

(別添2)

令和2年度地域包括医療・ケア研修会 受講者申込書

県名()担当者名()
(連絡先メールアドレス:)

報告期限:令和2年12月22日(火)

所属施設	名称			
	所在地 〒			
	電話			
(ふりがな) 氏名	()	職種		
		職名		
参加方法 どちらかに○	()	現地参加	()	WEB参加
請求書宛名	※必ずご記載ください。			
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参加の方には動画配信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