

(別紙3)

中山間地域における地域包括ケアシステム構築のあり方に関する研修会
～発見！中山間地域だからこそ展開できる地域包括ケア～

参加申込書

申込締切り 平成30年1月31日(水)

施設名	所在地 〒 _____
	施設名 _____
	TEL () _____
	FAX () _____
代表者 メールアドレス	※受講券発行時に必要となりますので、必ずご記入ください。

※下記の所属施設名の欄は、上記の施設名と異なる場合（連携機関職員）のみご記入下さい。

参加者 1	所属施設名	
	職 種	
	フリガナ 氏 名	
参加者 2	所属施設名	
	職 種	
	フリガナ 氏 名	
参加者 3	所属施設名	
	職 種	
	フリガナ 氏 名	

平成30年1月31日(水)までに国診協事務局へお申込ください。

FAX : 03-6809-2499

E-mail : office@kokushinkyō.or.jp