

## 平成 29 年度地域包括医療・ケア研修会 受講者申込書

協議会名 ( ) 担当者名 ( )

報告期限：平成 29 年 12 月 27 日 (水)

所属施設	所在地			
	名 称			
	電 話			
(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女	職 種		
		職 名		
年 齢	歳		勤 務 年 数	年      月 (12 月 31 日現在)
<input type="checkbox"/> 地域医療交流会への参加について確認しました。 (地域医療交流会について下記〔確認事項〕を確認されましたら <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)				

所属施設	所在地			
	名 称			
	電 話			
(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女	職 種		
		職 名		
年 齢	歳		勤 務 年 数	年      月 (12 月 31 日現在)
<input type="checkbox"/> 地域医療交流会への参加について確認しました。 (地域医療交流会について下記〔確認事項〕を確認されましたら <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)				

**〔確認事項〕** 18:15～の地域医療交流会につきましては、研修会のプログラムの一環となっておりますので、必ず参加をいただくことをご承知の上、参加申込をお願い致します。

**※ご登録いただいた個人情報、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。**

(注) (1) 男・女欄は、該当事項を○で囲むこと。

(2) 勤務年数欄は、施設に勤務した通算勤務年数を平成 29 年 12 月 31 日現在で記入すること。