

(別添2)

令和3年度地域包括医療・ケア研修会[特別開催] 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3年8月3日(火)

所属施設	名称		
	所在地 〒		
	電話		
(ふりがな) 氏名	()	職種	
		職名	
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・配布資料・動画配信 URL は、全て上記登録メールアドレスへ送付いたします。 お間違い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だけに使用いたします。

(公社)全国国民健康保険診療施設協議会