**令和4年度地域包括医療・ケア研修会　受講者申込書**

(別添２)

報告期限：令和4年12月21日 （水）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属施設 | 都道府県　 |
| 名称　 |
| 所在地　〒 |
| 電話　 |
| 受講者（記載例） | ふりがな氏名 | こくほ　たろう | 職種役職 | 理学療法士主任 |
| 国保　太郎 |
| 参加方法 | [x]  現地　[ ] 　WEB | 登録アドレス | ○○○○@○○○.jp |
| 受講者① | ふりがな氏名 |  | 職種役職 |  |
|  |
| 参加方法 | [ ]  現地　[ ] 　WEB | 登録アドレス |  |
| 受講者② | ふりがな氏名 |  | 職種役職 |  |
|  |
| 参加方法 | [ ]  現地　[ ] 　WEB | 登録アドレス |  |
| 受講者③ | ふりがな氏名 |  | 職種役職 |  |
|  |
| 参加方法 | [ ]  現地　[ ] 　WEB | 登録アドレス |  |
| 請求書宛名 | ※必ずご記載ください。 　[ ] 請求書の合算希望 |
| 申込担当者 | 所属（部署）　 |
| 氏名 |
| 連絡先メールアドレス　 |
| ◇注意事項等（1）事前連絡・資料等については、上記の各受講者登録アドレス宛にご案内いたします。（2）「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。（3）請求書及び領収書については、特段のご指定がない限りは「申込担当者」様のメールアドレス宛に送付いたします。（4）同じ施設より4名以上参加の場合は、申込書を複数枚ご使用ください。（5）その他ご要望等については、下記「備考欄」にご記載ください。 |
| 備考欄 |  |

**※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