

令和4年度地域包括医療・ケア研修会 受講者申込書

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 国保 太郎	職種 役職	理学療法士 主任
	参加方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> WEB	登録 アドレス	〇〇〇〇@〇〇〇.jp
受講者①	ふりがな 氏名		職種 役職	
	参加方法	<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現地 <input type="checkbox"/> WEB	登録 アドレス	
請求書宛名	※必ずご記載ください。 <input type="checkbox"/> 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だけに使用いたします。