**令和5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5年12月15日 （金）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属施設 | 都道府県 |  |
| 施設名称 |  |
| 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 |
| 受講者① | ふりがな氏名 |  | 職種役職 |  |
|  |
| 参加方法 | [ ]  現地　[ ] 　WEB |
| 受講者② | ふりがな氏名 |  | 職種役職 |  |
|  |
| 参加方法 | [ ]  現地　[ ] 　WEB |
| 受講者③ | ふりがな氏名 |  | 職種役職 |  |
|  |
| 参加方法 | [ ]  現地　[ ] 　WEB |
| 請求書宛名 | 　[ ] 請求書の合算を希望する方はチェックを付けてください（複数名参加の場合） |
|  |
| 申込担当者 | 所属（部署） |  |
| 氏名 |  |
| メールアドレス※必ずご記載ください |  |
| 電話番号 |  |
| ◇注意事項等（1）参加負担金請求書・事前連絡・資料等は、全て上記「申込担当者」のメールアドレス宛に送付いたします。（2）「WEB参加」の方にはWEB参加用URLも申込担当者のメールアドレスへお送りいたします。（3）申込担当者だけでなく各受講者宛てに連絡を希望する場合は、申込担当者のメールアドレス欄に各受講者のメールアドレスを併記してください。（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）「請求書宛名」欄が空欄の場合、宛名は所属施設名とし、複数名で参加の場合は合算で請求書を発行いたします。（6）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