

令和5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		
受講者①	ふりがな 氏名		職種 役職	
受講者②	ふりがな 氏名		職種 役職	
受講者③	ふりがな 氏名		職種 役職	
請求書宛名	<input type="checkbox"/> 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 <small>※必ずご記載ください</small>			
	電話番号			
<p>◇注意事項等</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>				
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。