

(一般参加者用)

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(勤務先)	都道府県		
	名称		
	電話番号		
ふりがな 氏名		職種	
		役職	
参加方法 どちらかに☑	<input type="checkbox"/> 現地参加	<input type="checkbox"/> WEB参加	
請求書宛名			
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・資料等については、全て上記登録メールアドレスへ送付いたします。 WEB参加の方にはWEB参加用URLも上記登録メールアドレスへお送りいたします。 お間違え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
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