

(一般参加者用)

## 令和 6 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 6 年 12 月 13 日 (金)

|  |                               |                                 |  |
|--|-------------------------------|---------------------------------|--|
| 所属施設(勤務先)  | 都道府県                          |                                 |  |
|  | 名称                            |                                 |  |
|  | 電話番号                          |                                 |  |
| ふりがな<br>氏名   |                               | 職種                              |  |
|  |                               | 役職                              |  |
| 参加方法<br>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<br>※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。<br>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。<br>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だけに使用いたします。

(公社)全国国民健康保険診療施設協議会