

令和 7 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 7 年 12 月 12 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	☒ 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