

(一般参加者用)

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(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☑	☐ 現地参加	☐ 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