

(別紙 3)

国保直診における事業継続計画（BCP）セミナー  
受講申込書

|         |   |
|---------|---|
| 受講申込み人数 | 人 |
|---------|---|

|                       |                             |                                       |              |           |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|--------------|-----------|
| 申込代表者<br><br>受講者<br>1 | 所 属                         | ※施設名・部署名                              |              |           |
|                       | 役 職                         |                                       | 職 種          |           |
|                       | フリガナ<br>氏 名                 |                                       | 国保直診<br>勤務年数 | 年      か月 |
|                       | メー<br>ル<br>ア<br>ド<br>レ<br>ス | ※受講券発行時（当日のご案内等）に必要となりますので、必ずご記入ください。 |              |           |
|                       | TEL                         |                                       |              |           |

※下記の「所属」の欄は、上記の施設名・部署名と同一の場合は記入不要です。

|              |             |          |              |           |
|--------------|-------------|----------|--------------|-----------|
| 受講者<br>2     | 所 属         | ※施設名・部署名 |              |           |
|              | 役 職         |          | 職 種          |           |
|              | フリガナ<br>氏 名 |          | 国保直診<br>勤務年数 | 年      か月 |
| 受講者<br>3     | 所 属         | ※施設名・部署名 |              |           |
|              | 役 職         |          | 職 種          |           |
|              | フリガナ<br>氏 名 |          | 国保直診<br>勤務年数 | 年      か月 |
| 備考<br>(連絡事項) |             |          |              |           |

受講申込みは、令和 7 年 10 月 15 日（水）までに公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会までお申込みください。

申込み方法は、WEB（申込み専用フォーム）、または FAX（03-6809-2499）、E-mail（office@kokushinkyo.or.jp）へ「受講申込書」の送信のいずれかをお選びいただけます。