

★参加申込書をご記入後、下記あて FAX か Email でご送付ください。
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（担当：竹内、鈴木）
FAX：03-6809-2499 / E-mail：office@kokushinkyo.or.jp

在宅医療・介護連携のための多職種研修 コーディネーター研修 参加申込書

■参加者（参加されない方がいる場合、当該部分は記載不要です）

①行政のご担当者

(ふりがな)		自治体名 (市区町村まで)	
氏名		ご所属の部署名	
役職(主事、係長等)		職種(事務、保健師等)	

②医療関係者

(ふりがな)		勤務先	
氏名		医師会等所属団体での役職	
職種(医師、看護師等)			

③地域の医療介護連携における中心となる方

(ふりがな)		勤務先	
氏名		所属する職能団体での役職	
職種(医師、看護師等)			

■本研修に関するご連絡先（登録代表者）

氏名		ご住所	〒
電話番号	(- -)	Eメール	

※受講票を送付いたしますので、Eメールアドレスは必ずご記載ください

■参加される研修（右の欄に○をつけてください）

① 令和2年8月29日（土）大阪府・大阪市（会場：CIVI 北梅田研修センター）	<input type="checkbox"/>
② 令和2年10月10日（土）東京都・千代田区（会場：アーバンネット神田カンファレンス）	<input type="checkbox"/>

最終申込締切り：参加申し込み初回締め切り日

大阪会場：令和2年7月31日（金）

東京会場：令和2年9月11日（金）

★空席がある場合は受付延長 ※ただし、満席になり次第受付終了となります。