

# 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会」 参加申込書

■参加者（①～③のうち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)	
氏名		所属部署名	
職種		役職	

②医療関係者

(ふりがな)		勤務先	
氏名			
職種		役職	

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			
職種		役職	

■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	

※参加費の請求書及び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6年12月7日（土）福岡会場（会場：八重洲博多ビル貸会議室） ※当初8月31日開催予定でしたが大型台風の影響により中止した関係で代替開催とし新たに募集を行います。	<input type="checkbox"/>
②令和6年9月7日（土）東京会場（会場：アーバンネット神田カンファレンス）	<input checked="" type="checkbox"/> 終了
③令和6年11月2日（土）札幌会場（会場：TKP 札幌ビジネスセンター赤れんが前）	<input type="checkbox"/>

最終申込締切り：参加申し込み締め切り日

①福岡会場：令和6年11月15日（金）      ②東京会場：令和6年8月28日（水）

③札幌会場：令和6年10月23日（水）

★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。

★参加申込書をご記入後、事務局あて 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：迫（さこ）、竹内）  
FAX：03-6809-2499 / E-mail：[office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp)