**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7年11月 7日（金）大阪会場（会場：KITENA新大阪）** |  |
| **②令和7年11月21日（金）東京会場（会場：ビジョンセンター新橋）** |  |
| **③令和7年11月22日（土）東京会場（会場：ビジョンセンター新橋）** |  |

最終申込締切り：参加申し込み締め切り日

①大阪会場：令和7年10月23日（木）　　 ②・③東京会場：令和7年11月6日（木）

　　　　★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