

ケアテーマ別②「医療職との連携」受講申込書

インターネットでのお申し込み方法

下記 URL 又は右の二次元コードにてアクセスし、お申し込み下さい。

<https://forms.gle/H5yiwzuDHE3TvtSa6>



申込用紙：FAX 0 8 8 - 8 4 4 - 9 4 4 3

※切：各開催日の 20 日前

施設・事業所名

※働いている方は記入ください。

施設番号

※お送りした封筒のラベル下番号を参照下さい。

連絡責任者氏名

※必ず記入ください

連絡先住所

※受講についてお知らせしますので必ず記入ください

TEL

(

)

FAX

(

)

E メールアドレス

※年齢及び経験年数（福祉関係通算）は、申込日現在で記入してください。

	ふりがな	年齢	性別	参加希望の所に○を記入してください。（会場・オンラインどちらかを選んで下さい）		
	氏名	経験年数				
	役職等					
1		歳	男・女	7/20	会場	
					オンライン	
				9/3	会場	
				オンライン		
		年 ヶ月		11/2	会場	
				オンライン		
2		歳	男・女	7/20	会場	
					オンライン	
				9/3	会場	
				オンライン		
		年 ヶ月		11/2	会場	
				オンライン		

オンライン参加を希望される方は、下記に E メールアドレスもご記入ください。

※メールアドレスに招待 URL をお送りいたします。

1	
2	

※申込書に記載いただいた氏名、役職など個人情報、本研修会の運営管理にのみ使用させていただきます。