参加申込書

申込日　　平成　　年　　月　　日

|  |
| --- |
| 在宅医療・介護連携ステーション中央第二ご当地連携研修会　（7/18開催） |

ご意見・ご要望・連絡事項等ありましたらお書き下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・機関名 |  |
|  |
| 施設種別 | □医科診療所　□歯科診療所　□病院　□調剤薬局　□訪問看護□訪問介護　□福祉用具　□通所介護　□通所リハ　□訪問リハ　　　□小規模多機能　□居宅介護支援　□地域包括　□短期入所□グループホーム　□行政　□社協　□その他（　　　　　　　　　） |
| 連絡担当者 |  |
| TEL／FAX | 　　　　　　　　　／ |
| Eメールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| 今後の連絡方法の希望 | Eメール　・　FAX　・　郵送 |
| 参加希望者 | 氏　名 | 職　種（現業職種1つ選択） |
|  | □医師　□歯科医師　□薬剤師　□保健師・看護師　□施設管理者□介護支援専門員　□SW・相談員　□介護士　□その他（　　　　　） |
|  | □医師　□歯科医師　□薬剤師　□保健師・看護師　□施設管理者□介護支援専門員　□SW・相談員　□介護士　□その他（　　　　　） |
|  | □医師　□歯科医師　□薬剤師　□保健師・看護師　□施設管理者□介護支援専門員　□SW・相談員　□介護士　□その他（　　　　　） |

FAX送信先：在宅医療・介護連携ステーション中央第二　　025-244-0133