

別紙

胎内市 福祉介護課 地域包括支援センター係 金子・佐久間 行き

E-mail mirai@city.tainai.lg.jp

11月24日「胎内市エンドオブライフ・ケア研修会」参加申込書

施設名 _____

市町名 _____

申込責任者 _____

メールアドレス _____

※グループワークをします。

- ・カメラ・マイクの使用できる端末 1 人 1 台使用してください
- ・カメラ・マイクの使用できる端末が用意できない方は、新発田サテライト会場(下越総合健康開発センター)にお越しください。ご希望の方はサテライトの枠に○をつけてください。

	職名	職種	氏名	サテライト
1				
2				
3				
4				
5				

申し込み締め切り後に、ID・パスコードをメールでお送りさせていただきます。

申し込み締切 11月15日(月)