

# 参加申込書

令和5年度ときネット研修会（11月30日開催）  
締切：令和5年11月22日（水）

事業所名	
電話番号	（当日連絡可能な電話番号）
FAX番号	
メールアドレス	（資料等の送付先）-キャリアメールでは届かないことがあります-
使用端末の台数	（ ）台 当日 Zoom にアクセスする端末の台数をご記入ください。

【参加者】※参加人数の適切な把握のため、参加者すべての方のご記入をお願いします。

	氏名	職種 <input type="checkbox"/> に✓（ ）内に職種を記入	参加方法（ <input type="checkbox"/> に✓）
1		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> MSW・相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Zoom
2		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> MSW・相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Zoom
3		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> MSW・相談員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Zoom

~~~~~事前質問~~~~~

下記に記載をお願いします。

◎竹内寛之医師へ、ときネットのチームを利用するに当たっての質問や要望等

医療DXの概要 セキュリティについて チームメンバー編集方法について（に✓）

用紙が足りない場合はコピーをお願いします。

【送信先】しばた地域医療介護連携センター（ときネット事務室）  
FAX 0254-28-7915 メール [tokinet@pop.shibata.ne.jp](mailto:tokinet@pop.shibata.ne.jp)