令和5年度　つなぐ会「看看連携」申込書　（R5.10.26　開催）

〆切　令和5年10月10日（火）

【参加者】※ワークのグループ分けのため、すべての参加者をご記入ください。

 １台の端末で複数人ご参加の場合は、端末の代表者名をお知らせください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |   |
| 申し込み責任者 |   |
| 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。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ）お名前 | ご所属部署 | 職種　□に✓　（　）内に職種を記入 | 参加方法 | （オンラインの方）端末□に✓（　）内記入 |
|   |   | □看護職　□MSW・相談員□（主任）介護支援専門員□介護職　□医療職（　　　　）□その他（　　　　　　　　　） | □会場□オンライン | □1台で参加します□（　　）人で参加します⇒代表者名（　　　　　　　） |
|   |   | □看護職　□MSW・相談員□（主任）介護支援専門員□介護職　□医療職（　　　　）□その他（　　　　　　　　　） | □会場□オンライン | □1台で参加します□（　　）人で参加します⇒代表者名（　　　　　　　） |
|   |   | □看護職　□MSW・相談員□（主任）介護支援専門員□介護職　□医療職（　　　　）□その他（　　　　　　　　　） | □会場□オンライン | □1台で参加します□（　　）人で参加します⇒代表者名（　　　　　　　） |
|  |  | □看護職　□MSW・相談員□（主任）介護支援専門員□介護職　□医療職（　　　　）□その他（　　　　　　　　　） | □会場□オンライン | □1台で参加します□（　　）人で参加します⇒代表者名（　　　　　　　） |

※欄が不足している場合は、恐れ入りますが用紙をコピーしてお申し込みください。

【オンライン参加の方へ】

開催日３日前には、ご指定のメールアドレスに資料等をお送りします。届かない場合は、ご連絡をお願い致します。TEL：0254-20-8577

誠に勝手ですが、少ない人数で運営をしております。当日のお問合せには、ご対応できないことがあります。

【送付文書不要】

　しばた地域医療介護連携センター行き

お申込みFAX送信先：０２５４-２０-８５７０