**福山・府中地域保健対策協議会事務局　行**

**ＦＡＸ送信先 （084）928-7882**

**メール送信先　fjefkousei@pref.hiroshima.lg.jp**

申込締切

令和７年10月17日（金）

令和７年度在宅ケア研修会申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関・  事業所名  （住所） |  | | |
| （住所） | | |
| 所属機関・  事業所種別  （いずれかに○印） | 病院、診療所、歯科診療所、薬局、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、  介護保険事業所（訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、通所介護、通所リハビリ、小規模多機能、短期入所、その他）、介護保険施設（特養、老健、グループホーム、その他）、行政、社会福祉協議会、その他  （その他の事業所種別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：  **メールアドレス**： | | |
| 職　種 | ふりがな | 主な業務内容 | 現在の業務の  従事期間 |
| 氏　　名 |
|  |  |  | 年　　　　　　月 |
|  |
|  |  |  | 年　　　　　　月 |
|  |

**■　この申込書をＦＡＸ又はメールで事務局まで送付してください。**

**■　御記入いただいた個人情報は、この研修会の実施目的のみに使用いたします。**

**■　参加者数には限りがありますので、各事業所の参加者数を調整の上、お申込み**

**ください。**

**■　申込者多数の場合は早期に締め切りをさせていただく場合があります。御了承**

**ください。**

**■　お申込み確認の通知はメールでいたします。メールアドレスの御記入がない**

**場合やアドレスが間違っている場合は、通知ができませんので、必ず御記入**

**ください。**

**■　当日は、グループワークを行うため、あらかじめグループ分けの上、配席さ**

**せていただきます。申込み後に参加できなくなった場合は、必ず事務局まで**

**御連絡ください。**

**■　御車での来場は可能ですが、敷地内の平面駐車場を御利用ください。**