令和4年度　置賜支部・地域包括ケア推進部共催研修会参加申込書

**申し込み先へのメールに添付をお願いいたします。**

参加申込者

所属施設

分野：　病院・施設（入所・通所）・訪問・その他（　　　　　　）

氏 名（フリガナ）

　　　　　　　　　　　　　　※協会に申請している正式な漢字でご記入下さい。

連絡先/電話番号

　　　　　　　　　　　　　　※研修会当日に連絡のつく番号をお願いします。

連絡先/メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　※研修に関するご連絡をいたしますので随時メールチェック願います。

協会会員番号

当日、意見交換したいこと、困っていることや感じていることなどございましたら、ご自由にご記入ください。