## 令和２年度　在宅医療・介護連携推進研修会(第１回たよれーる学習会)

**参 加 申 込 書**

表紙は不要です。本紙のみ送信してください。

FAX：0123-37-5066

メール：enw-ikrcenter@megumino.or.jp

**連携センターりんくまでFAXまたはメールにて**

**お申込みください**

**締切　　　12月10日（木）必着**

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　　　属 |  |
| 電話/FAX | / |
| 記載者氏名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名（A） | 職　種（B） | （　ふ　り　が　な　）氏　　　名 | E-mail※必須 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 事前にご質問をお聞かせください（グラン・セラ柏陽のお二人にお聞きしたいこと、気になること等） |

**＜記載時の留意事項＞**

**＊A欄 「職名」 ： 所属における職名を記載してください（記載例～管理者、主任、介護支援専門員　など）**

**＊B欄 「職種」 ： 職名と同じ場合は記載不要です　　　　（記載例～介護福祉士、薬剤師、看護師など）**