

FAX : 0191-48-5121

E-mail : i3syukaij15@vesta.ocn.ne.jp

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会事務局 宛

**介護施設職員向け研修『高齢者施設等と医療機関の連携強化について』
参加申込書**

施設名 _____

参加者代表氏名 _____

【参加者】

1	職名	氏名	受講希望別	
			実地受講希望	オンデマンド受講希望
2			実地受講希望	オンデマンド受講希望
3			実地受講希望	オンデマンド受講希望
4			実地受講希望	オンデマンド受講希望
5			実地受講希望	オンデマンド受講希望
6			実地受講希望	オンデマンド受講希望
7			実地受講希望	オンデマンド受講希望

※「実地受講希望」又は「オンデマンド受講希望」のいずれかに○を付けて下さい。

貴施設の

住所	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

※ 実地受講希望者には入場整理券を、オンデマンド受講希望者には視聴のための URL を、メールで配信いたします。