**第１回**

申込締切

令和５年10月６日（金）

**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**

令和５年度在宅ケア研修会申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関・  事業所名 |  | | |
| 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（施設系、居住系、通所系、訪問系）、行政、社会福祉協議会、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 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 |
|  |

**◇◆意見交換での質問◆◇**

**業務で困っていること、他職種の方に聴いてみたいことなどはありませんか？**

**御自由に御記入ください。講演後の意見交換で参加者に御意見を伺います。**

**（御意見多数の場合は、時間の都合により、お伺いできない場合があります。御了承ください。）**

**◆あなたの職種：（**申込欄がお一人の場合は記入不要です。**）**

**◆聴いてみたい職種：事業所（**例：病院**）**

**全職種　・その他（**例：看護師**）**

**◆質問・御意見**