※Googleフォームからの申込みが難しい場合は、本紙に必要事項を入力の上、下記事務局宛にＥメールでお申込みください。

【締　切】令和３年９月１７日（金）

【送信先】Ｅ－ｍａｉｌ　d-houkatsu@dosyakyo.or.jp

北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会　事務局行

令和３年度地域包括ケアセミナー参加申込書

**（Ｇｏｏｇｌｅフォームからの申込みが難しい方のみ）**

メールアドレス

|  |
| --- |
| ＠ |

**（１）会員センター・非会員センター共通**

参加対象区分　※いずれか１つを選択

|  |
| --- |
| □　地域包括支援センター及び在宅介護支援センターに勤務する職員（保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等、札幌市の介護予防センター職員を含む）  □　地域包括支援センター担当市町村職員  □　居宅介護支援事業所に勤務する職員  □　その他地域包括ケアに関わる職員 |

参加費区分　※いずれか１つを選択

→次のページへ

|  |
| --- |
| □　本会会員センターに勤務する職員－参加費：無料  □　上記以外の職員－参加費：１アカウントあたり５，０００円 |

**（２）会員センターの方はこちらにご記入ください**

センター名　（例）○○地域包括支援センター

|  |
| --- |
|  |

「参加者」の人数　※いずれか１つを選択　※１アカウントあたりの人数です。複数アカウントで参加される場合は、アカウント毎に申込書を提出ください。

|  |
| --- |
| □　１名　　　□　２名　　　□　３名 |

「参加者」の氏名　※姓と名の間は全角スペース

＊複数名が参加する場合、１番目に入力する方を代表者とします。

（例：上の「参加者」の人数が３名の場合）札幌　一郎、旭川　花子、函館　三郎

|  |
| --- |
|  |

「参加者」の連絡先ＴＥＬ番号　※半角数字、ハイフンを含む　（例）011-241-3977

|  |
| --- |
|  |

備考

|  |
| --- |
|  |

**（３）会員センター以外の方はこちらにご記入ください**

所属機関名　（例）北海道地域包括支援センター

|  |
| --- |
|  |

所属機関の郵便番号（受講修了証の送付先）　※半角数字、ハイフンを含む　（例）063-0001

|  |
| --- |
|  |

所属機関の住所（受講修了証の送付先）

（例）札幌市中央区北２条西７丁目１番地　かでる２．７　２階

|  |
| --- |
|  |

「参加者」の人数　※いずれか１つを選択　※１アカウントあたりの人数です。複数アカウントの申込みを行う場合、入力誤りのないように十分にご留意ください。

|  |
| --- |
| □　１名　　　□　２名　　　□　３名 |

「参加者」の氏名　※姓と名の間は全角スペース

＊複数名が参加する場合、１番目に入力する方を代表者とします。

（例：上の「参加者」の人数が３名の場合）札幌　一郎、旭川　二郎、函館　三郎

|  |
| --- |
|  |

「参加者」の連絡先ＴＥＬ番号　※半角数字、ハイフンを含む　（例）011-241-3977

|  |
| --- |
|  |

**参加費支払情報について**

「支払担当者」の氏名　※姓と名の間は全角スペース　（例）北海　太郎

|  |
| --- |
|  |

「支払担当者」の連絡先ＴＥＬ番号　※半角数字、ハイフンを含む　（例）011-241-3977

|  |
| --- |
|  |

口座着金予定日　（例）2021/08/10

|  |
| --- |
|  |

送金時依頼人名（フリガナ）

（例）フク）ホッカイドウシャカイフクシキョウギカイ　ホッカイドウチイキホウカツ・ザイタクカイゴシエン

センターキョウギカイ　カイチョウ　フジワラヒデトシ

|  |
| --- |
|  |

送金時依頼人名

（例）福）北海道社会福祉協議会　北海道地域包括・在宅介護支援センター協議会　会長　藤原秀俊

|  |
| --- |
|  |

備考

|  |
| --- |
|  |