※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４年９月１６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４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・非会員共通**

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

|  |
| --- |
| □　本会Ａ会員（地域包括・在宅介護支援センター）の職員－参加費：無料□　本会Ｂ会員（機能推進にかかる関係機関）の役員及び事務局職員－参加費：無料□　上記以外－参加費：１名あたり５，０００円（→２ページ目もご記入ください） |

受講修了証発行希望　※いずれか１つを選択

|  |
| --- |
| □　希望する□　希望しない |

【受講修了証希望者のみ】送付先郵便番号

|  |
| --- |
|  |

【受講修了証希望者のみ】送付先住所

|  |
| --- |
|  |

所属先名（例）○○地域包括支援センター

|  |
| --- |
|  |

※Ｂ会員の場合は、団体名と役職をご記入ください　（例）○○協会　理事

|  |
| --- |
|  |

参加者氏名　（例）札幌　太郎

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

**（２）Ａ会員、Ｂ会員以外の方はこちらにもご記入ください**

**＜参加費支払情報について＞**

　請求書払いを希望する方は、こちらに請求書の宛名と但し書きをご記入ください。

（例）宛名：○○町長宛、但し書き：受講料として

|  |
| --- |
|  |

口座着金予定日　（例）2022/09/15

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

支払担当者氏名　（例）北海　太郎

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

備考

|  |
| --- |
|  |