※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６年２月２２日（木）

【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５年度地域包括支援センター職員資質向上研修

参加申込書（フォームからの申込が難しい場合）

＜連絡先メールアドレスをご記入ください＞

|  |
| --- |
|  |

**（１）会員センター・非会員センター共通**

①　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  □　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や保健・医療・福祉関係機関職員 |

②　参加方法

|  |
| --- |
| □　会場参加　　　　　　　（受講修了証の発行　　□希望する　□希望しない）  □　オンデマンド配信受講　（受講修了証の発行　　□希望する　□希望しない） |

③　参加費区分　※いずれか１つを選択

【A】は以下の欄へへ

|  |
| --- |
| □【Ａ】本会会員センターに勤務する職員（参加費：無料）  【B】は次のページへ  □【Ｂ】上記以外の職員（参加費：７，０００円／名） |

**（２）【Ａ】会員センターの方はこちらにご記入ください**

①　センター名　（例）○○地域包括支援センター

|  |
| --- |
|  |

②　参加者氏名　（例）北海　花子

|  |
| --- |
|  |

③　連絡先ＴＥＬ番号　※市外局番・ハイフンを含む　（例）011-241-3977

|  |
| --- |
|  |

**【オンデマンド配信を受講される方のみ】**

　④　視聴用ＩＤ・パスワード・テキスト・（受講修了証）送付先種別（いずれかに☑）

|  |
| --- |
| □　勤務先　　□　自宅等　　□　その他 |

⑤　送付先郵便番号・住所

|  |
| --- |
| 〒 |

**（３）【Ｂ】会員センター以外の方はこちらにご記入ください**

①　所属機関名　（例）北海道地域包括支援センター

|  |
| --- |
|  |

②　参加者氏名　（例）北海　花子

|  |
| --- |
|  |

③　連絡先ＴＥＬ番号　※市外局番、ハイフンを含む　（例）011-241-3977

|  |
| --- |
|  |

**【オンデマンド配信を受講される方のみ】**

　④　視聴用ＩＤ・パスワード・テキスト・（受講修了証）送付先種別（いずれかに☑）

|  |
| --- |
| □　勤務先　　□　自宅等　　□　その他 |

⑤　送付先郵便番号　　※半角数字、ハイフンを含む　（例）063-0001

|  |
| --- |
| 〒 |

⑥　送付先住所（建物名も含む）

|  |
| --- |
|  |

**【参加費支払情報】**

「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）2024/02/01

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

請求書による支払いを希望する場合は、以下に請求書宛名を記入ください。

※　参加者の所属先における支払手続き上、請求書が必須である場合のみ、対応いたします。

なお、領収書の発行は行いませんのでご了承ください。

|  |
| --- |
|  |