参加申込書

令和　　年　　月　　日

令和３年度帯広市介護支援専門員連絡協議会
第1回研修会参加申し込みについて

申し込みは、下記メールアドレスまでお願いします。

申込先：帯広市介護支援専門員連絡協議会　研修担当（昏本）
電話番号：開西病院在宅ケアセンター　０１５５－３７－９１００
申し込みメール：k_kuremoto@hakuaikai.org

●後日配布する別紙付属の「受講の留意事項」の資料を事前に確認して下さい。
●Zoom設定、操作、不具合などにつきましては当協議会は一切責任を負いませんので、各自の責任において使用する事をお願い致します。

標記の研修会に下記の通り参加申し込みいたします。

メール送信者氏名：

電話：　　FAX：

＊必ず下記にメールアドレスを記載して下さい。
■申し込み定員の「80名」はアカウントの数となります。
１つのPCで複数名で研修を受講しても人数としては1とカウントされます。
複数名での参加希望の方は申込書のメールアドレスに同じPCであることが解るように「上記と同じ」や〃等の記入をお願いいたします。
■8月26日の「オンライン接続＆操作トレーニング」への参加希望者は記入欄に○を記載してください。
※トレーニング用「ZOOM ID・パスコード」はその時点での申込者へ24日に送信いたします。
★主任ケアマネ更新のための受講証明書が必要な場合は記載欄に○を記載してください。

令和　３年　８月　２７日（金）まで

氏　　名	所　属　（勤務先）	事業形態	
		居宅・施設・その他	
メールアドレス(参加するデバイスの種類にチェック)		★証明書が必要な場合は○を記載	■トレーニング参加希望者は○を記載
□ パソコン　□ タブレット　□ スマホ			
氏　　名	所　属　（勤務先）	事業形態	
		居宅・施設・その他	
メールアドレス(参加するデバイスの種類にチェック)		★証明書が必要な場合は○を記載	■トレーニング参加希望者は○を記載
□ パソコン　□ タブレット　□ スマホ			
氏　　名	所　属　（勤務先）	事業形態	
		居宅・施設・その他	
メールアドレス(参加するデバイスの種類にチェック)		★証明書が必要な場合は○を記載	■トレーニング参加希望者は○を記載
□ パソコン　□ タブレット　□ スマホ			

＊記入欄が足りない場合は行を追加してください。