

締め切り: 令和6年3月1日(金)

令和 年 月 日

介護保険研修会受講申込書

【申込方法①】QRコードまたはURL

右のQRコードまたは以下のURLよりお申し込みください。

<https://forms.gle/5VKZH7TR9UqqUZ8A9>

【申込方法②】申込書

枠内に必要事項を記入し、FAXもしくはメールにてお申し込みください。

F A X : 054-246-8140

メール : entry@jim.shizuoka.med.or.jp

開催日時	令和6年3月10日(日) 13:30~15:30	
フリガナ		職 種
氏 名		
医籍登録番号 (医師のみ)		
医療機関名 ・所属施設		
緊急連絡先	TEL	(携帯 自宅 勤務先)
	FAX	
メールアドレス	*会場参加の場合は不要です。	
所属医師会	_____医師会 ・ 非会員	
参加形式	1. 会場参加(県医師会館) 2. WEB参加	

◆会場参加を希望される場合の留意事項

*受付は先着順に行い、定員50名になり次第締め切ります。

*受講票は発行いたしません。

◆WEB参加を希望される場合の留意事項

*Web配信は「Zoom ウェビナー」を使用して配信いたします。

*開催日の1~2日前に招待URL等をお送りいたします。

*当日、映像や音声に不具合が発生する可能性がありますことを予めご了承ください。

*Web参加の場合も日医生涯教育単位が付与されます。