丸亀市在宅医療介護連携支援センター行

Email：m-renkei@tiara.ocn.ne.jp

FAX:0877-35-8134

**動画セミナー参加（視聴）申込書**

締切：6月4日（金）必着

標記研修について、下記のとおり受講を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講申込施設（事業所） | 法人名 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 所在地等 | 〒TEL（　　　　）　　　　　　　　／　FAX（　　　　） |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅmail |  |
|  |  |
| 担　当　者 | 職名 |  | 氏名 |  |

**※受講に必要な資料などはメールで送付しますので、必ずメールアドレスをご記入ください**

【個人情報の取り扱いについて】

この申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ使用させていただきます。