第６回地域包括ケア応援セミナー応募用紙

【送付先】

関東信越厚生局地域包括ケア推進課

ＦＡＸ：048-601-0512

※受付完了の連絡は致しませんのでご留意ください。

**７／１３開催地域包括ケア応援セミナー（第６回）参加希望**

【締切：平成２９年７月１０日（月）１７：００（厳守）】

標記セミナーの参加を希望します。

また、参加に当たり下記の事項を遵守いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 一人目 | 二人目 |
| 氏　　名 |  |  |
| 勤務先（自治体名）及び所属・職名 |  |  |
| 連絡先（メールアドレス） |  |  |
| ※　次回の開催案内メール | 希望する　　・　　希望しない | 希望する　　・　　希望しない |
| 連絡先（電話番号） |  |  |
| 連絡先（ファックス） |  |  |

記

（１）　事務局の指定した場所以外に立ち入ることはできません。

（２）　アラーム付の時計、携帯電話等、音の出る機器については電源を切るか、音が鳴らないよう

マナーモードに設定してください。

（３）　写真撮影、ビデオ撮影、録音をすることはできません。（あらかじめ申し込んだ場合は、セミナー冒頭の頭撮りに限って、写真撮影などをすることができます。）

（４）　希望された方には関東信越厚生局が主催する次回以降のセミナーの開催案内をメールで送付します。メールアドレスを記入の上、次回の開催案内メール欄の「希望する」に○を付けてください。

以上