

## 令和5年度3月開催研修会受講申込票

ひと枠1名の氏名記載とします。

申込票の枠が足りない場合は、用紙をコピーのうえお申込みください。

申込期限：令和6年2月28日（水）

受講申込研修名	3月14日（木） 医療連携研修「医療連携3」（精神疾患の基礎知識）
事業所名称	
受講カード番号	
フリガナ	
氏名	
電話番号	
FAX番号	

受講申込研修名	3月14日（木） 医療連携研修「医療連携3」（精神疾患の基礎知識）
事業所名称	
受講カード番号	
フリガナ	
氏名	
電話番号	
FAX番号	

【注意】 「受講カード番号」とは、受講カードに記載されている8桁の数字です。  
新規の方の受講カードは後日発行しますので、今後研修を受講する際にご活用ください。

FAX 送信先 : 042-686-1088 八王子介護支援専門員連絡協議会