（宛先）富山市まちなか総合ケアセンター

　　　ＴＥＬ　 ４６１－３６１８

　　　**ＦＡＸ　　４６１－３６０４（送付状不要）**

**令和４年度富山市医療介護連携研修会(在宅療養支援モデル事業)申込書**

　　　　　　　　 所属名　　　　　　　　　（　 　 地区）

電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日程 | 氏名 | 職種 | 参加方法 |
| 【第１回】令和４年１２月７日(水) |  |  | 会場・オンライン（いずれかに〇） |
|  |  | 会場・オンライン（いずれかに〇） |
|  |  | オンライン |
|  |  | オンライン |
| 【第２回】令和５年１月１２日(木) |  |  | 会場 |
|  |  | 会場 |

※会場参加は、第１回、第２回とも各所属最大２名までの申し込みとさせていた

だきます。

但し、申し込み状況により、人数の調整をさせていただくことがありますので

ご了承ください。その際は開催までにご連絡をさせていただきます。

申込期限：令和４年１１月３０（水）

※定員になり次第締め切ります