（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5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5年  11月22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） |
|  |  | 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） |
| 【第2回】  令和5年  12月21日(木) |  |  | 会場 |
|  |  | 会場 |

※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5年11月15日（水）

※定員になり次第締め切ります