ＦＡＸ番号　０８２－５６９－６４９４

**【 令和元年度老人保健福祉月間フォーラム　申込用紙 】**

**日時：令和元年１１月２日（土）　場所：広島県医師会館　ホール**

次のとおりフォーラムの参加を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性　　別 |
| 氏名 |  | | 男　・　女 |
| 電話番号 | ※荒天・災害による中止又は延期の場合等に連絡をさせていただくことがありますので，差支えなければご記入ください。 | | |
| 自宅　（　　　　　）　　　　　－ | | |
| 勤務先　（　　　　　）　　　　　－ | | |
| 携帯電話　（　　　　　）　　　　　－ | | |
| 一般県民の方  （区分） | ＊該当する番号に○印をご記入ください。（主なもの１つのみ） | | |
| 01老人クラブ　02ふれあいサロン  03健康福祉大学修了生・受講生　99その他（　　　　　　　　　） | | |
| 医療・介護・保健・福祉・行政関係の方  （資格・職種） | ＊該当する番号に○印をご記入ください。（主なもの１つのみ） | | |
| 01医師　02歯科医師　03薬剤師　04保健師　05看護師  08理学療法士　09作業療法士　10言語聴覚士　11社会福祉士  12介護支援専門員 13管理栄養士 15歯科衛生士　16介護福祉士　17訪問介護員　19民生委員児童委員　20行政職員  99その他（　　　　　　　　　） | | |
| 勤務先  名　称 |  | |

※区分，資格・職種の番号は，広島県地域包括ケア推進センターの管理上の番号です。

※申込用紙に記載された個人情報は，この研修の実施に必要な範囲に限って利用させていただきます。

**締切：令和元年10月25日（金）**　＊締切経過後も定員に達しない場合には継続募集します。

**※申込後は，当日，受付で本紙をご提出ください。**（＊お忘れの場合はご氏名を伺います。）

**【申込先】　広島県地域包括ケア推進センター**

**〒732-0057　広島市東区二葉の里三丁目２－３**

**電　話　０８２－５６９－６４９３**

**ＦＡＸ　０８２－５６９－６４９４**

**Ｅ-mail**[**houkatsu-kensyu@hiroshima-hm.or.jp**](mailto:houkatsu-kensyu@hiroshima-hm.or.jp)

**ホームページ　http://www.chiikihoukatsucare.net/**

**※ＦＡＸでお申込みの場合には，番号をお確かめの上，お間違いのないよう十分にお気をつけください。**

**※メールでお申込みの場合には，広島県地域包括ケア推進センターのホームページから申込用紙をダウンロードしてください。**