送信日 　令和　　　年 月 　 日

**田辺地域型地域包括支援センター行（FAX 0739-25-3994）**

**FAX**

**【申込締切日】　令和４年9月16日（金）必着**

「**チームで支える糖尿病ケア**」

**～知ろう、つながろう、手遅れになる前に～**

**研修参加申込書**

**【参加希望者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 会員（支部）の有無 | 所属事業所  連絡先（TEL） | 職　種 |
|  | 会員（　　　　　　　支部）  非会員 | TEL  mailアドレス | ケアマネジャー  看護師  その他（　　　　　　　　） |
|  | 会員（　　　　　　　支部）  非会員 | TEL  mailアドレス | ケアマネジャー  看護師  その他（　　　　　　　　） |
|  | 会員（　　　　　　　支部）  非会員 | TEL  mailアドレス | ケアマネジャー  看護師  その他（　　　　　　　　） |
|  | 会員（　　　　　　　支部）  非会員 | TEL  mailアドレス | ケアマネジャー  看護師  その他（　　　　　　　　） |
|  | 会員（　　　　　　　支部）  非会員 | TEL  mailアドレス | ケアマネジャー  看護師  その他（　　　　　　　　） |
|  | 会員（　　　　　　　支部）  非会員 | TEL  mailアドレス | ケアマネジャー  看護師  その他（　　　　　　　　） |

【ご記入時の注意事項】

　・枠内を全てご記入いただき、必ずお手元に控え（コピー等）を保管願います。

　・上記の申し込みで参加のお名前が書ききれない場合は、コピーしてご対応ください。