

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)

【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。