|  |  |
| --- | --- |
| **『医療介護従事者としてカスタマーハラスメントを本気で考える』** |  |

**QRコード または FAX　０２７８－２５－３６７２**

研修参加申込書

**ぬまたとね医療・介護連携相談室　宛**

****

**申し込み締め切り　令和５年５月12日（金）必着**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属事業所**(必須) | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **氏　名**(必須) |  |
| **連絡先(TEL)** (必須) |  |
| **メールアドレス** (必須) |  |
| **参加条件確認**(必須)右記条件に該当しない場合はご参加できません | **カメラあり　 マイクあり 個別参加** |
| **事前質問****※当日の質問も時間次第ですが受付けます。** | ご質問はこちらにご記入下さい。 |

****

**問い合わせ先　　ぬまたとね医療・介護連携室**

**電話**：**0278-25-3671　FAX：0278-25-3672**

**メール**：ntishikai-soudan@ace.ocn.ne.jp

担当：　岡島　真実