|  |  |
| --- | --- |
| **『トリプル改定研修　～法人・事業所として押さえておきたいポイント～』** |  |

****

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6年3月25日（月）必着**

**QRコード または FAX　０２７８－２５－３６７２**

|  |  |
| --- | --- |
| **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) |  |
| **参加形態をお選びください**※該当するものを〇で囲む | 当日オンライン | 動画配信 | 両方に参加 |
| **事 前 質 問** | ※今回の研修は講義中に「チャット」や「挙手ボタン」にて、質問を受け付けています。研修中に詳しく聞きたいことやわからないことをどんどん質問してください！ |

****

**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　・　大久保　直美