《申込先》神奈川県健康医療局保健医療部医療課

地域包括ケアグループ　堀江　宛

E-mail：ouhuku-iryou@pref.kanagawa.lg.jp

別紙

令和５年度神奈川県在宅看取り検案研修会

受講申込書

日　時：**令和６年３月27日（水）14時00分から16時00分**まで

方　法：完全WEB形式（Zoomによる）

定　員：100名まで（先着申込順）

※お申込後、定員を超えて申込みがあった際は、事務局から受講不可の旨、ご連絡させ

ていただきます。

※受講決定された方には、後日、Zoomへの招待メールを送付いたします。

１　受講者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N0. | (フリガナ)氏　　名 | 御所属名又は御団体名等 | 職種名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

　　　　※必要に応じて行を追加してください。

２　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名（所属機関名等） |  |
| 担当者 |  |
| 電話 |  |
| E-mail |  |