

山口県訪問介護事業所連絡協議会 特別研修会 申込書

事業所名： _____

住所・電話： _____

※山口県訪問介護事業所連絡協議会の会員
及び全国ホームヘルパー協議会の会員は
「会員」

参加区分： 会 員 ・ 非会員 （いずれかに○） _____

1 参加方法

研修当日、(1)会場 又は (2)ライブ配信 (Zoom) に参加の事業所は (3) オンデマンド配信 は無料です。

※会場又はライブ配信+オンデマンド配信と複数選択可

※オンデマンド配信のみでも可

参加御希望の欄に ○をお願いします。	参加方法
	(1) 会場
	(2) ライブ配信 (Zoom によるリアルタイム配信)
	(3) オンデマンド配信 (後日録画した講演・発表動画を配信)

2 参加者氏名

会場：参加者名、WEB：参加代表者名を御記入ください。

氏 名	

3 メールアドレス **※会場での参加事業所も御記入ください。**

(パソコン、スマートフォン、タブレット等) のメールアドレスを御記入ください。

メールアドレス	

※新型コロナウイルスの感染状況により、会場の研修を中止にする場合がございます。開催方法の変更等が発生した場合には、お知らせいたしますので、宜しくお願いいたします。

FAX 083-924-2798