

〆切：12月18日(金)

令和2年 月 日

## 介護保険研修会 受講申込書

F A X : 054-245-1396 (静岡県医師会 行)

\* 枠内に必要事項を記入し、F A Xにてお申し込みください。

開催日時	1月11日(月・祝) 13:00 ~ 15:00
所属名	
連絡先	TEL
役職・氏名・職種	
役職・氏名・職種	
役職・氏名・職種	
役職・氏名・職種	
役職・氏名・職種	

◇ご希望の受講形式を必ず選択ください。下記に記載の留意事項をご確認ください。

参加形式	1. 会場参加 2. Web参加 → <a href="mailto:m-ito@jim.shizuoka.med.or.jp">m-ito@jim.shizuoka.med.or.jp</a> へメール連絡 ※同時に、本「受講申込書」をFAX送信ください。
------	--

### ◇会場参加を希望される場合の留意事項

- \* 受付は先着順に行い、定員65名になり次第締め切ります。  
受講できない方には、本会よりFAXにてご連絡いたします。
- \* 受講票は発行いたしません。
- \* 受講をキャンセルされる場合は、必ずご連絡ください。
- \* 会場は静岡県医師会館(静岡市葵区鷹匠3丁目6-3)です。
- \* 本会では新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、研修会の実施に当たっては、静岡県医師会における研修会等開催チェックリスト(本会ウェブサイト掲載)に基づき対策をとることとしております。参加者の方には、マスクを着用いただき、発熱・咳等症状がみられる方は、参加をお控えくださるようお願いいたします。

### ◇Web参加を希望される場合の留意事項

- \* Web参加を希望される場合は、[m-ito@jim.shizuoka.med.or.jp](mailto:m-ito@jim.shizuoka.med.or.jp)宛てメールしてください。  
メール送信の際は、件名の頭に必ず「介護」の文字を入れてください。
- \* 同時に、本「受講申込書」をFAX送信ください。
- \* メールを受信がありましたら、招待URL等をお送りいたします。  
メール送信後3日以内に、本会からの返信がない場合は、ご連絡ください。
- \* 同所属から2名以上ご参加の場合は、なるべく職場のパソコン1台から接続いただきますようご協力をお願いいたします。