**令和3年度 多職種連携合同研修会 参加申し込み票**

**アドバンス　ケア　プランニング**

**本人の意向を尊重した医療とケアの実現のために**

**≪お申込みについて≫ ご希望の参加方法に合わせてお申込みください。**

**① zoom参加をご希望の方は、必ず下記のURLまたはQRコードから**

**事前登録をお願いいたします。（視聴にかかる通信料は参加者の負担となります）**



<https://zoom.us/webinar/register/WN_XR1cZSpYRw2x8oxc19h_zw>

**「在宅医療介護連携支援センター」のホームページからも**

**申込みフォームに入れます。**

**事前登録；10月4日（月）までにお願いします**

**※日本医師会生涯教育単位の申請には、参加時にお名前の確認が必要です。事前申込は、参加され**

**る医師の氏名をご登録ください。**

**※主任介護支援専門員の更新研修のための修了証発行の要件：**

**①120分の参加確認（zoom表示名で確認）ができ、アンケートの提出をされた方**

**②10月18日以降に申込みをした連携支援センターに修了証を受取りに来られる方**

**② 会場参加をご希望の方は、事業所のある区の会場へFAXでお申し込みください。**

**門司会場；FAX 371-3314　　小倉会場；FAX 932-7118　　戸畑会場；FAX8 71-1790**

**八幡会場；FAX 663-7502　　若松会場；FAX 752-1118**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **所属機関名** |  | **電話** |  |
|  |  | **FAX** |  |
| **現職種** |  | **※1**  **日医生涯**  **教育申請** | **（　　）希望する**  **（　　）希望しない** |
| **※1ご所属の医師会** |  | **※2.**  **修了証の発行** | **（　　）希望する**  **（　　）希望しない** |
| **※3.事前質問は左記にご記入ください** |  | | |

**※1、医師の方のみ、ご記入をお願いします。**

**※2、主任介護支援専門員の方のみご記入をお願いします**

**※3、研修会当日は、時間の都合により十分な質疑応答の時間がとれない場合がございます。**

**お申込み締切；10月4日（月）**

**≪会場申込みをご希望の皆様へ≫**

**定員に達し次第、申込みを締切らせていただきますことをご了承ください。**

**お断りする場合のみ、連絡をします。**