

平成24年度 山口県介護保険研究大会 参加申込書

山口県介護保険関係団体連絡協議会 行
(FAX (083) 924-2847)

所属先 _____

住 所 _____

T E L _____

下記のとおり参加申込みいたします。

No.	ふりがな 氏 名	下記所属団体一覧 より該当番号を ご記入ください。	希望会場 第1希望の会場を○印で囲んで ください。	昼食斡旋希望 お弁当の斡旋に ついて○印で 囲んでください。
			第1・第2・第3	要・不要
			第1・第2・第3	要・不要
			第1・第2・第3	要・不要

※注：昼食斡旋「要」の方は当日に食券を購入してください。

【所属団体一覧】

- ①医師会 ②歯科医師会 ③薬剤師会 ④看護協会 ⑤栄養士会 ⑥医療ソーシャルワーカー協会
- ⑦理学療法士会 ⑧作業療法士会 ⑨老人保健施設協議会 ⑩老人デイ・ケア協議会 ⑪訪問看護ステーション協議会
- ⑫国民健康保険団体連合会 ⑬老人福祉施設協議会 ⑭地域包括・在宅介護支援センター協議会
- ⑮ホームヘルパー連絡協議会 ⑯デイサービスセンター協議会 ⑰介護福祉士会 ⑱介護支援専門員協会
- ⑲社会福祉士会 ⑳福祉用具協会 ㉑山口県宅老所・グループホーム協会 ㉒社会福祉協議会
- ㉓その他 ()

- * 所属団体の記入については、「その他」の場合は、23の番号及び団体名等も記入してください。
- * 研究会会場は自由に移動できるようにしておりますが、会場設営にあたり必要ですので、主に参加を希望される会場を必ず記入してください。
- * 「昼食斡旋希望」欄は、お弁当（お茶付・税込600円）のおよその個数を把握するために記入いただくものです。大会当日に食券の購入が必要です。【参加費に昼食代は含めておりません。】
- * お申込みについては郵送又はFAXでお願いします。なお、電話でのお申込みは御遠慮願います。

【申込み・問い合わせ先】

山口県介護保険関係団体連絡協議会 事務局
社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 地域福祉部内
〒753-0072 山口市大手町9-6
TEL (083) 924-2828 FAX (083) 924-2847 担当：中原、大倉