

令和7年度岩手県地域ケア会議に参画する
リハビリテーション専門職育成研修会（R7.11.15）申込書

所属先が所在する市町村名			
所属する医療機関、介護事業所等、市町村・包括名		Tel	
		Fax	
受講者	職 名		
	氏 名		
	メール アドレス	@	
職 種 (該当番号に○印)		1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 管理栄養士 5 歯科衛生士 6 市町村・包括職員	
受講方法 (該当番号に○印)		1 会場 2 オンライン（zoom） 3 オンデマンド配信	
自立支援型地域ケア会議への参画の有無 (該当番号に○印)		1 参加したことがある 2 参加したことがない	

※ 必要事項を記入のうえ、令和7年10月24日（金）までに、
下記担当者あてメールでお申し込みください。（ta-yoshida@silverz.or.jp）

- ・開催の1週間前を目途にメールアドレスあてにZoomミーティングのID、留意事項等を送りますので、当日使用するPCのメールアドレスを正確に記載してください。
- ・なお、メール連絡できない場合のためにTEL・FAX番号を記入してください。
- ・本様式（Wordファイル）は当財団高齢者総合支援センターのホームページに掲載しますのでご利用ください。

〔担当・問い合わせ先〕

（公財）いきいき岩手支援財団
吉田、野口
◇電 話：019-625-7490
◇FAX：019-625-7494
◇E-mail：ta-yoshida@silverz.or.jp