

令和6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（R6.10.12）申込書

所属先の 所在市町村名			
所属する医療機関、 介護事業所等、 市町村・包括名		Tel	
		Fax	
参加者	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	3 言語聴覚士
		2 作業療法士	4 市町村・包括職員
		5 薬剤師	6 (管理)栄養士
		7 歯科衛生士	8 その他
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6年9月27日（金）までに、  
下記担当者あてメールで申込み願います。(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メールアドレスは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番号を記入願います。
- ・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  
包括ケア特命課長 吉田  
◇電 話：019-625-7490  
◇FAX：019-625-7494  
◇E-mail：ta-yoshida@silverz.or.jp