令和４年度 宇佐市在宅医療・介護連携多職種研修会

第１回　心不全連携研修会

　令和４年８月８日（月）１９時００分～開催

【出　席　票】

宇佐市医師会　在宅医療・介護連携支援センター　近藤 ・ 中川 宛

FAX : 0978-37-3599

※令和４年７月２２日（金）までにご返信をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 職種 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**１台の端末で２名参加する場合は、下記に職種・氏名を記入してください。**

２名以上で参加する場合は、出席票をコピペもしくは印刷の上お使いください。

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 氏名 |
|  |  |

【医師の皆様へ】※(□)内にチェックを入れてください。

日本医師会生涯教育制度（CC）単位取得についてお聞きします。

**（**[ ] **）単位取得を希望する**

**（**[ ] **）単位取得を希望しない**

※申し込みいただいたメールアドレス宛に当日の参加URL等を送らせて頂きます。　※顔の見える関係づくりのため、参加者名簿を作成し配布させて頂きます。

文字は大きめにご記入をお願いします。

※事業所内で別の端末を使用し研修会に参加する場合は、出席票をコピーし参加申し込みしてください。

o(オー)、0(ゼロ)、1(イチ)、ｌ（エル）、‐（ハイフン）、\_（アンダーバー）、大文字、小文字など分かりにくい場合は、判別できる様にカタカナを文字周辺に記入ください

※誤字、脱字がないか今一度、ご確認をお願いします。