**令和２年度 認知症多職種協働研修会受講申込書**

下記の必要事項をご記入のうえ、Eメールにて申込みください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属　名 |  | 電　話　番　号 |  |
| 使用するデバイスの台数 | 台 |

１台の場合は①のみ、２台の場合は①、②を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 代　表　者　氏　名 | 職種または専門職名等 | メールアドレス |
| ① | (ふりがな) |  | ＠ |
|  |
| ② | (ふりがな） |  | ＠ |
|  |

・受講に際してはインターネット環境が必要です。

・事業所・団体等を通じた申込みとなります。各事業所・団体で使用するデバイスは２台までとさせていただきます。(PC、スマホ、タブレット)

事前申込された台数内で視聴をお願いいたします。

・後日、申込書に記入されたメールアドレスに招待URL((ミーティングID、パスコード)を送付します。URL等は他の人と共有しないでください。

・受講希望の方は令和３年１月20日(水)までに申込みをしてください。

|  |
| --- |
| 「若年性認知症」について関心のあること、講師に聞きたいことについてご自由に記入ください。 |

地域包括ケア推進課　事業推進係　佐久間

Eメールアドレス ： sakuma-k-3@city.iwaki.lg.jp

akuma-

・受講に際してはインターネット環境が必要です。

通信環境及び通信費の負担は参加者側にてお願いいたします。

・事業所・団体等（受講は各所属３名まで）を通じた申込みとなります。

・各事業所・団体で使用するデバイスの台数(PC、スマホ、タブレット)を

必ずご記入ください。事前申込された台数内で視聴をお願いいたします。

・後日、申込書に記入されたメールアドレスに招待URLを送付します。

URLは他の人と共有しないでください。

・受講希望の方は令和３年１月20日(水)までに申込みをしてください。