

第20回 山口県介護保険研究大会 参加申込書

所属先		住所	TEL :
-----	--	----	-------

NO.	ふりがな 氏名	役職名	所持資格	事業所や参加者が所属している団 体を下記一覧の該当番号で記入し てください。(複数可)	昼食斡旋希望 お弁当の斡旋について ○で囲んでください。
					要・不要
					要・不要
					要・不要

※注：昼食斡旋希望「要」の方は、当日に食券を購入してください。

[山口県介護保険関係団体連絡協議会 構成団体一覧]

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宅老所・グループホーム協会 ㉒言語聴覚士会 ㉓社会福祉協議会 ㉔その他 ()

* 所属団体の記入について、「その他」の場合は、㉔の番号及び団体名等を記入してください。

* 「昼食斡旋希望」欄は、お弁当（お茶付・税込600円）個数を事前に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まれておりません。】

* 参加申込みについては、郵送又はFAXでお願いします。

【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番6号
TEL (083) 924-2828 FAX (083) 924-2847