

第17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)	希望会場 第1 希望の会場を○で囲んでください。	昼食斡旋希望 お弁当の斡旋について○で囲んでください。
					第1 ・ 第2	要・不要
					第1 ・ 第2	要・不要
					第1 ・ 第2	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山口県老所・グループホーム協会 ㉒社会福祉協議会 ㉓その他 ()

- * 所属団体の記入については、「その他」の場合は、㉓の番号及び団体名等も記入してください。
* 各発表・報告会場は自由に移動できるようにしておりますが、会場設営にあたり人数の確認が必要ですので、第一希望の会場を必ず記入してください。
* 「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