**FAX送信票(A)「参加申込」**

**各事業所　⇒　地域包括ケア推進室**

**第２回　地域包括ケア研修会（１月３０日開催分）**

**１月９日（木）締め切り**

出席される方は、本FAX送信票に必要事項を記載し「地域包括ケア推進室」まで

FAXしてください。

１．　事業所種別の該当するところに〇をつけてください。

※　複数の種別の事業所がある施設は、複数個所に〇をつけるか、事業所ごとにFAX送信票を提出して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所の種別 |  | 事業所の種別 |
|  | 居宅介護事業所 |  | 医療機関 |
|  | 小規模多機能型居宅介護 |  | 薬局 |
|  | 通所介護事業所 |  | 福祉用具 |
|  | 通所リハビリ事業所 |  | 短期入所施設 |
|  | 訪問看護事業所 |  | グループホーム |
|  | 訪問リハ事業所 |  | 入所施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 訪問介護事業所 |  | 地域包括支援センター |
|  | 訪問入浴事業所 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

２．事業所名及び、電話番号を記入してください。

⑴　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⑵　電話番号

３．参加者名、職種等をご記入ください。

レインボーネットのメッセージにて**、北名古屋市レインボーネット管理者から端末使用者宛てに、**

ZOOMのミーティングID・パスコードをお伝えします。

　レインボーネットの登録者にメールしますので、登録のない方への情報共有をお願いします。

１月２４日（金）までに、メールがこない場合は事務局までご連絡ください。

※　端末数　（パソコン・タブレット・スマートフォン等）が１００を超えた場合、事業所における複数の端末の利用をお断りする場合があります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 参加者氏名※受講希望順に記入してください。 | 端末使用者に○を記入 | レインボーネットに登録の有無 | 職種 |
| 1 |  |  | 有　・　無 |  |
| 2 |  |  | 有　・　無 |  |
| 3 |  |  | 有　・　無 |  |
| 4 |  |  | 有　・　無 |  |

〔事務局・問い合わせ先〕

担　　当　　高齢福祉課　地域包括ケア推進室　酒井　半谷

電話番号　　０５６８－２２－１１１１内線３１４２）　ﾌｧｸｼﾐﾘ０５６８－２６－４４７７