

大村市ケアセミナー
2023年度 入会(継続)申込書・会費納入書

※ 継続入会の方は、会員証を添付していただくか、ご氏名と変更箇所のみ記入してください。

ふりがな			
氏名			
メールアドレス	@		
勤務先	名称		
	【現在働いている主な職種】 ※該当するものを○で囲んでください。 ① 医師 ② 歯科医師 ③ 保健師 ④ 看護師(准看護師) ⑤ 薬剤師 ⑥ 理学療法士 ⑦ 作業療法士 ⑧ 言語聴覚士 ⑨ ヘルパー ⑩ 歯科衛生士 ⑪ 栄養士 ⑫ ケースワーカー ⑬ 医療ソーシャルワーカー ⑭ 介護職 ⑮ 介護支援専門員 ⑯ 福祉用具関係 ⑰ 建築関係 ⑱ 事務職 ⑲ その他()		

今年度は、今までのセミナーの活動に加え、今後は以下の活動も検討しています。

- ① セミナー等の動画での配信
- ② メール等での情報発信
- ③ 「セミナー便り」のメール送信
- ④ その他

つきましてはメールアドレスを登録可能な会員、事業所等はメールアドレスを教えていただければ幸いです。

大村市ケアセミナー 事務局 caresemi@octp-net.ne.jp

メールアドレスの登録ができない方は、下記をご記入ください。

郵送先	住所	〒	
	Tel		Fax

本用紙に記載の個人情報については、適切な保護体制を作り、安全に管理します。

領収証

様

¥ 1,000 -

但 2023年度年会費、上記正に領収いたしました

令和 年 月 日 大村市本町458-2-3F(大村市医師会内)

大村市ケアセミナー

事務局 caresemi@octp-net.ne.jp