令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部医療政策室　行

（メールアドレス：iwate-corona@pref.iwate.jp）

医療機関・高齢者施設向け研修会 参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関、高齢者施設名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

次のとおり参加を申し込みます。

（１）主に医療機関向け（令和５年５月27日（土））

|  |  |
| --- | --- |
| 参加日時（〇を記載） | 参 加 者 |
| ５/27（土）14:00～15:30 | 職名 | 氏名 | メールアドレス |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（２）主に高齢者施設向け（令和５年６月）（調整中）

|  |  |
| --- | --- |
| 参加日時（〇を記載） | 参 加 者 |
| ６月○日（○）○○:○○～○○:○○ | 職名 | 氏名 | メールアドレス |
| 詳細が決定した後、別途、申し込みについて御案内します。 |  |  |  |
|  |  |  |  |

【申込期限：令和５年５月25日（木）】