**リハビリテーションの視点を導入したケアプラン作成モデル2**

**～ケアマネジャーを中心とした多職種協働を考える～**

**参加申し込み票**

**【申込先】　農協共済中伊豆リハビリテーションセンター内**

**広域支援センター事務局　井原・菊地（地域連携推進部地域連携課）　行**

|  |
| --- |
| **令和2年1月19日（日）の研修会に参加します。**  ※参加者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※職種：　　　　　　　　　　）  ※所属機関：  ※住所：  ※電話：  ※ＦＡＸ：  ※その他：  ※受講証明書　　　　　　　必要　　　　　　　　・　　　　　　　　　不要 |

**FAX番号：0558-83-2370**

備考

①参加者1名につき、申し込み用紙1枚でお願いいたします。

②※印の部分を記入後、ＦＡＸにて申し込みください。

③申し込みと同時に受付完了となります。受講決定通知の発送はいたしません。

④ご記載いただきました個人情報は、本研修会に関するご対応のために、当院の担当者より

ご連絡させていただく場合のみに使用し、その他の目的には一切使用いたしません。

**※申し込みの内容に変更がある場合は、事務局井原・菊地（0558-83-2111）までご連絡ください。**

　　　　　駿東・田方地域リハビリテーション強化推進事業