**令和４年度　介護保険事業所苦情処理研修会**

**参　加　申　込　用　紙**

**（申込締切日　令和４年９月９日(金)）**

別紙

参加を希望する際は、下記の必要事項をご記入の上、**原則メール**で参加申込用紙を添付してお申し込みください。（参加申込用紙は、本会ホームページに掲載しています。）

**申し込み用アドレス**：　[**kaigo-box@gunmakokuho.or.jp**](mailto:kaigo-box@gunmakokuho.or.jp)

参加形式は会場とＷｅｂのどちらかを選択してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 参加形式（どちらか） | **会場**　　・　　**Ｗeｂ** |
| 連絡先 | **〒**　　　　－  **TEL**  **FAX**  **E-mail** |

　　【 参 加 者 】**１事業所につき１名までの参加でお願いします。（会場）**

**１事業所につき１アクセスでお願いします。（Ｗｅｂ）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 職種（該当に㋹点をお願いします） |
| 氏　名 |  | ○代表者・経営者　　○医療関係者  ○ケアマネ・相談員　○介護従事者  ○その他（　　　　　　　　　　　） |

　　　※　お申し込み時に定員に達した場合は、ご連絡いたします。

　　　　　また、Ｗｅｂ参加の場合、Ｗｅｂ参加に必要なＩＤ・パスコード等を後日**メールで返信**します。

**【お問い合わせ・ホームページ】**[**https://www.gunmakokuho.or.jp**](https://www.gunmakokuho.or.jp)　

　群馬県国民健康保険団体連合会　介護保険課　　　苦情処理担当　山越・羽鳥

　〒３７１－０８４６

　群馬県前橋市元総社町３３５番地の８　（群馬県市町村会館　２階）

TEL　027-290-1319　　FAX　027-255-5077