別紙

**令和５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５年９月１５日(金)）**

**参　加　申　込　用　紙**

**（申込締切日　令和５年９月１５日(金)）**

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**

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 】**会場・・・１事業所につき複数名の参加が可能です。**

**（３名以上の申込は複数枚の申込書提出をお願いします。）**

**Ｗｅｂ・・１事業所につき１アクセスでお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 職種（該当に㋹点をお願いします） |
| 氏　名 |  | （　　　　　　　　　） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 職種（該当に㋹点をお願いします） |
| 氏　名 |  | （　　　　　　　　　） |

　　　※　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　田中・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