

稲沢市在宅医療・介護連携推進協議会第24回研修会参加申込書

稲沢市民病院地域医療連携室あて

F A X : 0 5 8 7 - 3 3 - 5 0 2 2

Eメール : hp-renkei@city.inazawa.aichi.jp

- 所属 ①稲沢市医師会 ②稲沢市歯科医師会 ③稲沢市薬剤師会
 ④訪問看護ステーション（事業所名： _____）
 ⑤地域包括支援センター（地区： _____）
 ⑥稲沢ケアマネ会（事業所名： _____）
 ⑦介護事業所等（事業所名： _____）
 ⑧その他（事業所名： _____）

上記⑥～⑧の方は事業所所在地を管轄する地区にチェックをお願いします。

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 稲沢 | <input type="checkbox"/> 小正・下津 |
| <input type="checkbox"/> 明治・千代田 | <input type="checkbox"/> 大里 |
| <input type="checkbox"/> 祖父江 | <input type="checkbox"/> 平和 |

メールアドレス **必須**

ふりがな **必須**

お名前 **必須**

電話番号 **必須**

規約への同意 **必須**

別紙「※個人情報の取扱い」に同意する

通信欄

個人情報等の取扱いに関して

稲沢市在宅医療・介護連携推進協議会開催の研修会におきまして、下記によりあなたの個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。

1 個人情報の利用目的について

個人情報の使用について、参加予定者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、その他の受講者個人に関わる情報（以下「個人情報等」）を、稲沢市在宅医療・介護連携推進協議会が開催する研修会に関する受講者への連絡、受講者管理に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

2 個人情報の第三者提供

お客様の個人情報を第三者に提供することはありません。

3 外部委託

ご提供いただいた個人情報の外部委託はありません。

4 個人情報の提供の任意性について

個人情報の提供がされない場合、研修会を受講することが出来ない場合があります。