

# 稲沢市在宅医療・介護連携推進協議会第23回研修会参加申込書

稲沢市民病院地域医療連携室あて

FAX : 0587-33-5022

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。

- 稲沢  小正・下津  
 明治・千代田  大里  
 祖父江  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。