

一関市医療と介護の連携連絡会研修会  
 転ばぬ先の骨 ～高齢者の骨折について～  
**参加申込書**

日時 令和5年12月2日（土）午後2時～4時  
 会場 一関保健センター 多目的ホール

**この申込用紙か申込フォームに必要事項をご記入の上、お申し込みください。**

申し込み締め切り11月27日（月）※定員になった場合は締め切ります



<https://logoform.jp/f/f155q>

**ファックスでお申し込みの場合**

宛先	一関市 健康づくり課 FAX 0191-21-4656
----	--------------------------------

フォームから  
お申し込みの場合

参加者(代表)	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	連絡先電話番号	連絡先FAX番号	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方

複数名でお申し込みされる場合は、以下にご記入ください。

参加者	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者	<input type="checkbox"/> 行政の方
	氏名	所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者

講師の方々にご質問があれば、ご記入ください。

- ※ 参加申し込みされた方の氏名や電話番号などの個人情報は、一関市個人情報保護条例に基づき取り扱います。
- ※ 参加申込された皆様(複数名で申込の場合は代表者様)に、開催中止や変更などのご連絡をする場合があります。

**お問い合わせ先** 一関市健康こども部 健康づくり課 地域医療係 電話 0191-21-2160