

## 第19回 山口県介護保険研究大会 参加申込書

所属先		住所	TEL :
-----	--	----	-------

NO.	ふりがな 氏名	役職名	所持資格	事業所や参加者が所属している 団体を下記一覧の該当番号で記 入してください。(複数可)	希望会場 第1希望の会場を○ で囲んでください。	昼食斡旋希望 お弁当の斡旋について ○で囲んでください。
					第1 ・ 第2	要・不要
					第1 ・ 第2	要・不要
					第1 ・ 第2	要・不要

※注：昼食斡旋希望「要」の方は当日に食券を購入してください。

### 【山口県介護保険関係団体連絡協議会 構成団体一覧】

- ①医師会 ②歯科医師会 ③薬剤師会 ④看護協会 ⑤栄養士会 ⑥医療ソーシャルワーカー協会 ⑦理学療法士会 ⑧作業療法士会 ⑨老人保健施設協議会  
⑩老人デイ・ケア協議会 ⑪訪問看護ステーション協議会 ⑫国民健康保険団体連合会 ⑬老人福祉施設協議会 ⑭地域包括・在宅介護支援センター協議会  
⑮ホームヘルパー連絡協議会 ⑯デイサービスセンター協議会 ⑰介護福祉士会 ⑱介護支援専門員協会 ⑲社会福祉士会 ⑳福祉用具協会  
㉑山口県宅老所・グループホーム協会 ㉒社会福祉協議会 ㉓その他 ( )

- \* 所属団体の記入については、「その他」の場合は、㉓の番号及び団体名等も記入してください。
- \* 各発表・報告会場は自由に移動できるようにしておりますが、会場設営にあたり人数の確認が必要ですので、第一希望の会場を必ず記入してください。
- \* 「昼食斡旋希望」欄は、お弁当（お茶付・税込600円）個数を事前に把握するために記入いただくものです。大会当日に食券の購入が必要です。【参加費に昼食代は含まれておりません。】
- \* 参加申込みについては郵送又はFAXでお願いします。

### 【申込み、問い合わせ先】

山口県介護保険関係団体連絡協議会 事務局  
社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 地域福祉部内  
〒753-0072 山口市大手町9番6号  
TEL (083) 924-2828 FAX (083) 924-2847