**いきいき元気プログラム事業者研修会**

**ウェブ受講申込書**

**必要事項をご記入いただき、下記申込先までメールにてご提出ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業種別 |  |
| 事業所住所 | 〒 | | |
| 事業所名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |
| ふりがな  参加者氏名  （複数記入可） |  | | |
| どちらかにチェックしてください | 研修動画や研修資料を無断で転載しないことに同意しますか。  □同意する　　　　□同意しない  同意いただけない場合、本研修は受講できません。 | | |

【今後の流れ】

翌月初開庁日にメールにて受講案内を、郵送にていきいき元気プログラムマニュアルお送りいたします。受講案内に従って、研修動画を閲覧して研修を受講し、専用のフォームより、翌月末日までに受講報告を行ってください。

【申込・問い合わせ先】

名古屋市立大学病院　地域包括ケア推進・研究センター

Mail：[kenken@med.nagoya-cu.ac.jp](#)

（主催：名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課）