

別紙 神奈川県医師会在宅医療トレーニングセンター 研修会申込要領

- **研修会名** : 「認知症体験～緊急入院・入所編～」(Webセミナー)
- **開催日** : 令和3年10月13日(水) 14:00～15:30
- **ご準備いただくもの**

- ・参加者メールアドレス
- ・受講される端末(パソコン・タブレット・スマートフォンなど)
- ・イヤホン(任意)
- ・ネット環境(通信料がかかるため、**Wi-Fi**や**定額パケット環境**での参加を強く推奨します。)

■ 申込にあたってのご確認、留意事項

- ・セミナーの録音・録画・スクリーンショット等、および資料の2次利用、詳細内容のSNS等への投稿は固くお断りいたします。
- ・受講者様のPC環境(セキュリティ環境、性能(CPU等)、インターネット接続回線等)によっては、正
常に受講いただけない場合があります。必ず、事前にご確認ください。

研修申込方法

- ◆ 申込専用フォーム(当センターホームページ、研修案内ページ内の申込フォーム)からお申し込みください。

<http://www.zaitaku-toresen.jp/guide.html>

- ◆ 申込送信後、自動返信メールが配信されます。(申込内容確認の返信です。)自動返信メールが届かない場合は、
 - ・入力されたメールアドレスに間違いがないか?
 - ・迷惑メールフォルダー等に振り分けられてないか? のご確認をお願い致します。
- ◆ 参加出来ない場合のみ、メールにてご連絡いたします。
- ◆ 申込フォームから手続きができない場合、メール info@zaitaku-toresen.jp にて、下記事項を記載の上お申し込みください。

件名 : 研修会名

本文 : お名前(ふりがな)・所属機関名・所在市町村・電話番号・職種

- ◆ 研修参加方法のご案内
研修日の一週間前後にメールにてご案内致します。
メールが届かない場合は、前日までにお知らせください。

■ 問い合わせ先

在宅医療トレーニングセンター TEL : 045-453-8666