

実施要領・申込書

1. 研修会名 令和3年度介護報酬改定説明会
2. 日 時 令和3年3月19日（金） 13:00～15:00
3. 開催形式 WEB配信 ※上記日時から配信を行います。
4. 内 容 なお、3月25日（木）24時まで何度でも聴講可能。
令和3年度介護報酬改定について、次の講演を予定。
○改定内容の解説
(厚生労働省老健局老人保健課 北原加奈子介護保険データ分析室長)
5. 受講料 会員・賛助会員 1人 8,800円
非会員 1人 11,000円（共に税込。資料代を含む）
6. 申込方法 受講を希望される方は、本申込書に必要事項を記入し、PDF形式に変換のうえ、下記記載の電子メールアドレスへ添付の上、ご送信下さい。
7. 送付先アドレス headoffice@ajhc.or.jp
申込書受理後、協会事務局よりご登録のメールアドレスへ「申込確認書」を送付し、振込先口座番号をお知らせ致しますので、事前にお振り込みください。
8. 申込期限 **3月15日（月）17時必着**
9. お問い合わせ 一般社団法人 日本医療法人協会事務局 担当：山崎まで
〒102-0071 東京都千代田区富士見2-6-12
TEL 03(3234)2438 FAX 03(3234)2507
(お断り) 申込みに係る個人情報 は適切に処理し、受講に関する事務以外の目的では使用いたしません。

送付先 一般社団法人 日本医療法人協会 事務局
e-mail headoffice@ajhc.or.jp

令和3年度介護報酬改定説明会申込書		
医療法人名 ・医療施設名		
所在地	〒	
TEL・FAX	TEL	FAX
e-mail	※申込者が複数の場合は、それぞれの方が受信できるメールアドレスをご記入ください。	
会員・非会員の別	<input type="checkbox"/> 会員・賛助会員 <input type="checkbox"/> 非会員（該当する方に✓を記してください）	
受講者名	フリガナ	e-mail
	氏名	役職
	フリガナ	e-mail
	氏名	役職
	フリガナ	e-mail
	氏名	役職