

【お申し込み方法】

○下記【入力事項】を入力の上、電子メールにてお申し込みください。お申し込みのあった方に、個別に受講方法のご案内をいたします。

【入力事項】

- ① 参加したい回
 - ② 参加者の事業所名
 - ③ 連絡先電話番号及び電子メール
 - ④ 参加者の氏名及び職種
- ※参加希望の全員分

【記入例】

- ① 第1回
- ② ○○訪問看護ステーション
- ③ 0254-●●-△△△△
kaigo○○@△△.jp
- ④ 新発田 A子 (看護師)
新発田 B太郎 (ケアマネジャー)

お申込み用メールアドレス E-mail mcss-n@sbthp.jp

*電子メールによるお申し込みが難しい場合には、下記お問合せ先までお電話ください。

【受講に際してのお願い】

○受講お申し込みの方に、事前の接続テストの日時をご連絡いたしますので必要に応じてご利用ください。

○使用するパソコンは、患者・利用者の個人情報格納されていないものを使用してください。なお、カメラ・マイクがなくてもスピーカー（音声出力）があれば参加可能です。

○今後の参考とするため、アンケートの記入に御協力願います。受講前に講義資料とともに用紙をメール送信しますので、FAXで下記お問合せ先に送付してください。

お問合せ先 新発田病院患者サポートセンター
担当：田中、山田
電話：0254-22-3121 (代)
FAX：0254-22-5374 (直)