**（返信用）**

令和６年度オンライン操作研修（二次募集）

**「**Zoom**のいろは（出張版）」　開催申込書**

事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　責任者氏名

事業所住所：

連 絡 先： 電　話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

連絡先メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご希望のコースを〇で囲んでください | 希望する時期、時間帯（記入例：１月中旬、1. 平日午後）
 | 受講予定人数 | 会場 | 用意できる端末 |
| （記入例：●●事業所会議室） | 有無及び端末の種類（例：ノートPC　４台） |
| 初級者編 | 　（時　期） | 　　　　　人 |  | ※〇で囲んで下さい有　・　無　端末有の場合・PC　　　　　　台（うちMac 台）・タブレット　　台（うちiPad 　台）・スマホ　　台（うちiPhone　 台） |
| （時間帯） |
| ステップアップ編 | （時　期） | 　　　　　人 |  | ※〇で囲んで下さい有　・　無　端末有の場合・PC　　 　　　　　台（うちMac 台） |
| （時間帯） |

※ご希望の時間帯は次の中から選択してください。（研修所要時間：約１時間半）

　　　①平日９時～１７時半　　②平日１７時半～２０時　　③土日９時～１７時半

※実施予定期日の概ね３週間前までにお申し込みをお願いします。

**申込期限：令和７年１月３１日（金）**

**【　申込先　】　東部医師会　在宅医療介護連携推進室**

**ＦＡＸ ０８５７-５４-１９７１**

（表書きは不要です。このまま送信してください。）