

① (ふりがな) 氏名	
②所属 該当の番号に○ 印を記入してく ださい	1. 医療機関 2. 保健機関 (市町村・保健所) 3. 福祉機関 4. 教育機関(幼・小・中・高校・大学・専門学校) 5. 地域在住の方 6. 畿央大学関係者 (教員・学生・卒業生・職員)
③職種 該当の番号に○ 印を記入してく ださい (複数回答)	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. ケアマネジャー 4. 理学療法士 5. 作業療法士 6. 看護師 7. 保健師 8. 教員 9. その他 ()
④連絡先 e-mail * 携帯電話可	
⑤電話番号 当日連絡可能な 番号	
⑥参加方法	1. 対面(畿央大学に来校) 2. オンラインzoomウェビナー参加