

別紙2：参加者

返信先 E-mail：[i-renkei@ibaraki.med.or.jp](mailto:i-renkei@ibaraki.med.or.jp)

FAX：029-243-7722

締切：8月9日(金)17:00まで



※お申し込みはこちらの QR  
コードからできます

## 在宅医療体験研修（同行訪問）参加者 参加申込書

令和6年 月 日

氏名、年齢	(フリガナ)  ( 歳)																					
所属機関名																						
所属機関住所	〒 -																					
所属機関電話番号	- -																					
携帯電話番号 (研修当日に連絡可能な番号)	- -																					
e-mail	@																					
体験希望日	受講可能な曜日時間帯に○をつけてください。 <table border="1"><thead><tr><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th></tr></thead><tbody><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		月	火	水	木	金	土	午前							午後						
	月	火	水	木	金	土																
午前																						
午後																						
体験希望地域	ご希望の市町村をご記入ください。複数可。 必ずしもご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。 ( )																					
研修への要望等																						

※ 皆様からの申込書によりいただいた個人データは在宅医療体験事業の関連情報の送付やお電話での確認のみに使用し、第三者に提供することは一切致しません。