

別紙2:指導者

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

FAX : 0 2 9 - 2 4 3 - 7 7 2 2

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）指導者 参加申込書

令和6年 月 日

| 氏名、年齢    | (フリガナ)<br><br>( 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   | - -  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| e-mail   | @  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 訪問診療可能日  | 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       |  |   |   |   |   |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |
| 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。