

北区在宅医療連携拠点（北ポジ）

返信先e-mail：kita-poji@beach.ocn.ne.jp

Fax：06-6948-8956

同行訪問による人材育成研修参加申込書

年 月 日

| | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---|----------------|---|--------|---|------|---|
| 氏名・年齢 | (フリガナ) | | | | | | | |
| | (歳) | | | | | | | |
| 所属機関名 又は所属大学名 | | | 医籍番号 又は学生番号 | | | | | |
| 所属機関住所 又は大学住所 | 〒 ー | | | | | | | |
| 所属機関電話番号 又は大学電話番号 | ー | | ー | | | | | |
| 携帯番号 (研修当日に連絡可能な番号) | ー | | ー | | | | | |
| e-mail | @ | | | | | | | |
| 同行希望日 | 研修可能な曜日時間帯に○をつけてください。 | | | | | | | |
| | | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| | 午前 | | | | | | | |
| | 午後 | | | | | | | |
| (具体的に希望日がある場合のみ日時をご記入ください) | | | | | | | | |
| 研修体験要望 | ご要望に添えない場合がございますので予めご了承ください | | | | | | | |
| | 褥瘡 | | ストーマケア | | インスリン | | 胃ろう | |
| | カテーテル | | 認知症 | | 小児(難病) | | 在宅酸素 | |
| | CVポート | | 人工呼吸器 | | ガン疼痛管理 | | 請求 | |
| 研修体験要望 その他 | | | | | | | | |

※ 申込書により頂いた個人データは在宅医療同行訪問事業の受け入れ先医療機関への情報提供、関連情報の送付やお電話での確認にのみ使用し、第三者に提供することは一切ありません。