那覇市在宅医療・介護連携推進事業　在宅医療・介護スクラム塾

**在宅実地研修（訪問診療同行）**

**参　加　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

１．所属機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属機関名 |  | 職種 |  |
| 所属住所 | 〒 | | |
| 問合せ先 | 担当者：　　　　　　　　　　　　　　 部署： | | |
| TEL：　　　　　　　　　　　　　　メール： | | |

２．参加者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | 希望日 | 希望時間帯 |
| 氏　名 | |
|  |  | 第1候補 | □午前　□午後  (　 時　～　 時 ) |
|  | |
| 第２候補 | □午前　□午後  (　 時　～　 時 ) |

３．在宅実地研修（訪問診療同行）で学びたいこと・ご質問・ご要望等

在宅実地研修（訪問診療同行）で学びたいこと・確認したいこと、ご質問・ご要望等を具体的にご記入下さい。

**（１）学びたいこと**

**（２）ご質問、確認したいこと**

**（３）その他、ご要望等**

※所属機関を通してお申し込みください。

※上記のご希望を踏まえ訪問診療医と日程調整し、実施日が決定後、事務局よりご連絡致します。

受け入れ先の診療所（病院）によっては、事前打ち合わせが必要となる場合がございますので、その際はご理解・ご協力の程、宜しくお願い致します。