

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。