

## 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<br>又は所属大学名 |                            |                             |        | 医籍番号<br>又は学生番号 |        |   |      |   |
| 所属機関住所<br>又は大学住所 | 〒 _____                    |                             |        |                |        |   |      |   |
| 所属機関<br>電話番号     | _____ ー                    |                             |        |                |        |   |      |   |
| 携帯番号             | ー ー                        |                             |        |                |        |   |      |   |
| e-mail           | @ _____                    |                             |        |                |        |   |      |   |
| 同行希望日            | 研修可能な曜日時間帯を記入してください        |                             |        |                |        |   |      |   |
|                  |                            | 月                           | 火      | 水              | 木      | 金 | 土    | 日 |
|                  | 午前                         | 丶                           | 丶      | 丶              | 丶      | 丶 | 丶    | 丶 |
|                  |                            | 丶                           | 丶      | 丶              | 丶      | 丶 | 丶    | 丶 |
|                  |                            | 丶                           | 丶      | 丶              | 丶      | 丶 | 丶    | 丶 |
|                  | 午後                         | 丶                           | 丶      | 丶              | 丶      | 丶 | 丶    | 丶 |
|                  |                            | 丶                           | 丶      | 丶              | 丶      | 丶 | 丶    | 丶 |
|                  |                            | 丶                           | 丶      | 丶              | 丶      | 丶 | 丶    | 丶 |
|                  | (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   |   |
| その他              | (具体的なご希望があればご記入下さい)        |                             |        |                |        |   |      |   |

※ 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。