

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	ー 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	｝	｝	｝	｝	｝	｝	｝
	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	
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。