

「在宅同行訪問研修申込書」

【同行訪問研修（対象例）】

* 医師同士	* 歯科医師と訪問看護師
* 医師と歯科医師	* 歯科医師とケアマネジャー
* 医師と薬剤師	* 薬剤師と訪問看護師
* 医師とケアマネジャー	* 薬剤師とケアマネジャー など

【同行訪問研修（申込内容）】

申込機関（事業所）名								
ご担当者名								
連絡先		(電話)		(FAX)				
同行訪問研修希望職種 (同行を希望する職種に ○をつけてください)		医師	歯科医師	薬剤師	訪問看護師			
		ケアマネジャー		訪問リハビリ				
		ヘルパー		訪問入浴				
希望日時	第1希望	令和	年	月	日 ( )	:	～	:
	第2希望	令和	年	月	日 ( )	:	～	:
	その他 (希望曜日・時間帯)							
その他「同行訪問研修」 についてのご希望								

※ 同行を希望する特定の機関（事業所）がある場合は、ご記入ください

希望機関（事業所）名	
------------	--



【お申込み・お問い合わせ先】

東広島地区医師会地域連携室あざれあ  
(担当) 三上、玉井

TEL (082) 493-7360 FAX (082) 493-7361

E-mail : mikami@east-hiroshima-med.or.jp