**松戸市在宅医療・介護連携支援センター見学・研修申込書**

記入日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日　　　歳 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 所　　属 |  |
| E-mail |  |
| 研修・見学を希望する内容に☑をつけて下さい | □ 相談支援・アウトリーチ事業　　□ 二人主治医制の推奨□ 専門職による相談・質向上支援　　□ 地域ＩＣＴシステム活用支援□ かかりつけ医の在宅医療スタートアップ支援□ 松戸市における(ア)から(ク)の活動　　□ その他（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望日数 | 　　　　　　　　日間 | 希望する曜日 |  |
| 希望する日程の候補※複数お示しください | （１）（２）（３） |
| 動機や目的(タイトル) |  |
| 動機や目的(本　　文)※400字程度 |  |