**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 |  | | | | | | |