

別紙２－１

返信先E-mail：i-renkei@ibaraki.med.or.jp

FAX：０２９－２４３－７７２２

※お申し込みはこちらのQRコードからもできます

締切：**７月３１日（木）１７：００まで**

**在宅医療体験研修（同行訪問）**

**≪参加者≫参加申込書**

 　 　 令和７年　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名、年齢 | （フリガナ）（　　　歳） |
| 県医師会員 | いずれかに〇をつけて下さい。　　　　　　会 員　　　　　　非会員 |
| 所属機関名 |  |
| 所属機関住所 | 〒　　　　- |
| 連絡先をご記入いただき、連絡先の優先順位を①～④でご記入下さい　　　　　　　　　　　 **↓** |
| 所属機関電話番号 |  | －　　　　　　　　－　　　　 |
| 所属機関FAX番号 |  | －　　　　　　　　－　　　 |
| e-mail |  | 　　　　　　＠ |
| 必須携帯電話番号(研修当日に連絡可能な番号) |  | －　　　　　　　　－　　　　　 |
| 研修希望曜日等 | ご希望の曜日・時間帯に〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 |
| 午前 |  |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |  |

 |
| 研修希望地域 | ご希望の市町村をご記入ください。複数可。必ずしもご希望に添えない場合もございますので予めご了承ください。 |
| 研修への要望等 |  |

* 皆様からの申込書によりいただいた個人データは在宅医療体験研修事業の関連情報の送付やお電話での確認のみに使用し、第三者に提供することは一切致しません。