**在宅医療体験研修参加医師の同行訪問に係るお願い**

別紙３－２

　　　　　　　　　　　様

在宅医療への参入促進を図ることを目的として体験研修を実施し、訪問診療時に研修参加医師が同行しますので、ご理解とご協力をお願い致します。

なお、訪問時に知り得た患者・ご家族の情報につきましては、他者に漏れることのないようプライバシーの保護に十分留意します。

説明日　　令和　　年　　月　　日

説明者　　医療機関名

氏名

**同　意　書**

私は、訪問診療時における在宅医療体験研修参加医師の同行について説明を受け、同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

患者氏名　　　（署名）

代理同意人氏名（署名）　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）