

令和8年度「在宅等同行研修」 参加申込書

所 属： _____ TEL： _____

氏 名： _____ 職 種： _____

メールアドレス： _____

1. 希望する研修先について一つ選択してください

- 訪問診療
- 訪問リハビリテーション
- 訪問看護
- 地域包括支援センター
- 緩和ケア病棟

2. 都合の悪い日を記載してください

※実施期間の7月～12月でわかる範囲で日時と曜日をご記入ください。

3. その他、質問や要望等ございましたらご記入ください。

--