* 同行訪問申し込み用紙（大阪市中央区在宅医療連携拠点）

申込日：　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受理した日程　　　年　　月　　日

1.氏名 ：

2.年齢 ：

3.所属機関　：

4.メールアドレス：

5.電話番号（当日連絡つきやすい連絡先）：

6.希望される研修の日数　TOTAL（　　）日

研修先のご希望を記載してください：研修先は以下の4つの積極的な役割を担う医療機関　等です

※　半日（0.5）日を１単位として調整します。

1. うえに生協診療所　　　　（　　）日
2. 寺内クリニック　　　　　　　（　　）日
3. にしはらクリニック　　　　　（　　）日
4. きむ医療連携クリニック　（　　）日
5. その他（　　　　　　　　）　（　　）日

・同行希望日(時期）

　希望される月（　　　）

　曜日のご希望（　　　）

　その他（　　　　　　　）

・研修体験のご要望

※体験のご要望がございましたら具体的に記載してください