

# 在宅医療体験事業 同行受け入れ承諾書

令和 年 月 日

日本プライマリ・ケア連合学会滋賀県支部長 雨森 正記 様

下記のとおり同行体験を承諾いたします。

診療所名		ご担当医師名	
〒	住所		
電話番号		Email アドレス	

参考 同行時間:4時間(同行前協議・同行)

ご連絡先

TEL:090-4567-3977

FAX:0748-57-1147

担当:事務局 嶋林 さちこ