

在宅医療体験希望書

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

在宅医療の体験を希望します。

診療所名		医師名	
〒	住所		
電話番号		Email アドレス	

指導を希望する先生				
同行の先生は支部にお任せします。				
体験方法	1. 指導先生の訪問先で体験します。			
	2. 一人のため指導先生の出前訪問を希望します。			
体験希望日	第1希望日	年 月 日	時間	時～ 時
	第1希望日	年 月 日	時間	時～ 時

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