

(様式1)

年 月 日

在宅医療トレーニングセンター共催開催に係る申請について

公益社団法人神奈川県医師会長 殿

申請団体名

住 所

代表者氏名

電 話 番 号

印

下記研修会の開催にあたり、在宅医療トレーニングセンターと共催により開催
したく申請いたします。

1. 研 修 会 の 名 称	
2. 開 催 目 的	
3. 開 催 日 時	平成 年 月 日 () 時間 ~
4. 開 催 場 所	①在宅医療トレーニングセンター講義室 ②-1 在宅医療トレーニングセンター医療実習室 ②-2 在宅医療トレーニングセンター介護実習室 (設置機材の使用希望の有無 有り ・ 無し) ※有りの場合、詳細について別途確認 ③その他 () ※③に関しては、トレーニングセンター運営協議会構成団体のみ対象となります
5. 参 加 対 象 者	対象職種： 参加者数 (予定)：
6. 添 付 資 料	①事業概要 ②その他参考となる資料