

(様式 1)

年 月 日

在宅医療トレーニングセンター施設利用申請書

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の施設を利用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	令和 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
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