

東京都北区長 殿

令和〇年 〇〇月 〇〇日

東京都北区在宅医療実務研修支援金申込書

東京都北区在宅医療実務研修支援事業実施要綱第6条の規定に基づいて、下記のとおり北区在宅医療実務研修の支援金を申込みします。

右記の太枠内をご記入ください。

| | |
|--------|---|
| 医療機関名 | (フリガナ) 医療法人〇〇 〇〇診療所 ※法人格を有する場合は法人名と診療所等の名称をご記入ください。 |
| 代表者名 | (フリガナ) 理事長 〇〇 〇〇 ※理事長、代表など代表者職をご記入ください。 |
| 住所 | 東京都〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 ※法人格を有する場合は法人の所在地をご記入ください。 |
| 担当部署 | 医事課 |
| 担当者名 | (フリガナ) 〇〇 〇〇 |
| 連絡先 | 電話番号 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 FAX 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇 メールアドレス abcde@xyz.jp |
| 研修内容 | 在宅療養患者宅同行、研修の振り返りなど ※在宅医療に関わる研修内容を具体的にご記入ください。 |
| 研修利用者名 | 〇〇診療所 〇〇 〇〇 〇〇大学医学部 〇〇 〇〇 |
| 実施期間 | 令和〇年〇〇月〇〇日～〇〇月〇〇日 ※〇月〇日除く、〇曜日除くなどご記入ください。 |
| 時間帯 | 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分 ※時間帯が異なる場合は全てご記入ください。 |
| 備考 | |