

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利用申込書

本人情報は全てご記入ください。

区や医療機関との連絡調整で使用するため、誤りがな  
いようご注意ください。

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利用を申込みし

|                            |                                      |                           |  |                                    |         |                       |
|----------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--|------------------------------------|---------|-----------------------|
| 右記の太枠内をご記入ください。<br>(利用申込者) | 姓 名                                  | が な 〇〇 〇〇<br>氏 名 〇〇 〇〇    | 性別   | 男・女                                | 生 年 月 日 | 昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 (〇〇歳) |
|                            | 住 所                                  | 東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号          |  |                                    | 電 話     | 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇          |
|                            | メールアドレス                              | abcde@xyz.jp              |  |                                    |         |                       |
|                            | 勤務先・在学先<br>※診療科も記載<br>※在学中は年次も記載     | ・〇〇診療所 内科<br>・〇〇大学医学部 〇年生 |  |                                    |         |                       |
|                            | 研修希望医療機関                             | 第一希望                      | 〇〇診療所  | 研修受入医療機関一覧から希望する医療機<br>関を選択してください。 |         |                       |
|                            | 第二希望                                 | 〇〇クリニック                   | 希望する日付・期間をご記入ください。研修受入医療機関<br>の都合により受入不可となる場合があるため、可能な限り<br>長期間の設定をお願いします。 |                                    |         |                       |
|                            | 第三希望                                 | 〇〇診療所                     |  |                                    |         |                       |
| 希望日                        | 令和 年 月 日 ~ 月 日                       |                           |  |                                    |         |                       |
| 希望時間帯                      | 時 分 ~ 時 分                            |                           |  |                                    |         |                       |
| 備考                         | ※研修受講に当たり配慮する点や希望する条件などある場合はご記入ください。 |                           |  |                                    |         |                       |

※北区在宅医療実務研修利用申込書提出の際に、医師免許所有者は医師免許証(A4サイズに縮小コピーしたもの)も併せてご提出  
ください。

同意事項(以下を確認の上☑してください。)

 受入候補医療機関との調整等に当たり、連絡先等の情報を提供することを同意します。

※ 研修受入れが成立しない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※ 区から受入候補医療機関の連絡があった後、受入候補医療機関と調整をお願いします。