

東京都北区長 殿

令和〇年 〇〇月 〇〇日

医療法人〇〇 〇〇診療所

担当者:〇〇 〇〇

東京都北区在宅医療実務研修実績報告書

東京都北区在宅医療実務研修支援事業実施要綱第9条の規定に基づいて、下記のとおり東京都北区在宅医療実務研修の実績を報告します。

研修受講者	(フリガナ) 〇〇 〇〇
研修形態	実施する研修に〇を付けてください。 1. 同行・見学のみ ※医療行為不可 2. 医療機関が独自に実施する研修受入れ いづれかを選択してください。
研修期間	令和〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇年 〇〇月 〇〇日 研修期間(〇〇)日間
研修内容	※時間帯及び内容についてご記入ください。 〇〇時〇〇分~〇〇時〇〇分 在宅療養患者宅同行、研修の振り返りなど
講評	
その他	

※ 研修期間終了後、14日以内にご提出ください。

※ 「2. 医療機関が独自に実施する研修」の場合、実施内容が分かる資料があれば添付してください。

東京都北区長 殿

令和〇年 〇〇月 〇〇日

医療法人〇〇 〇〇診療所

担当者:〇〇 〇〇

事業実績報告書

月	日	曜日	時間
〇	1	月	10:00 ~ 12:00 (2時間)
	2	火	
	3	水	
	4	木	
	5	金	9:00 ~ 13:00 (4時間)
	6	土	
	7	日	10:00 ~ 13:30 (4時間30分)
	8	月	
	9	火	
	10	水	13:00 ~ 16:00 (3時間)
	11	木	13:00 ~ 17:30 (4時間30分)
	12	金	
	13	土	
	14	日	
	15	月	
	16	火	
	17	水	
	18	木	
	19	金	
	20	土	
	21	日	
	22	月	
	23	火	
	24	水	
	25	木	
	26	金	
	27	土	
	28	日	
	29	月	
	30	火	
	31	水	