**日本在宅医療連合学会　往診同行プログラム　申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 住所 |  |
| E-Mail |  |
| 電話番号 |  |
| Fax番号 |  |
| 希望指導医 |  |
| 会員・職種  ○で囲んでください | 正会員（医師・歯科医師）  正会員（医師・歯科医師以外）  非会員（医師・歯科医師）  非会員（医師・歯科医師以外）  学生　＊学生の方は学生証のコピーを添付してください。 |
| 往診同行希望日 | 第1希望日：  第2希望日：  第3希望日： |
| 往診同行について  ・見学したい内容  ・学びたい事  ・その他ご希望等 |  |