

(様式 1) 在宅医療・介護連携推進事業（多職種連携）登録申請書

記入日：令和 年 月 日

所属	氏名	職種
連絡先 電話	FAX	メール
活動するブロック（複数のブロックについて登録可）		
志賀 ・ 北部 ・ 中北部 ・ 中部 ・ 中南部 ・ 南部 ・ 東部 ・ 市内全域		

【協力可能事項】

①市民啓発活動（ブロックごとの啓発活動）に関する事業の企画・立案への協力
(例)ブロック協議会への出席

☐可能 ☐不可

 可能な条件等があれば記載ください。
()

②市民啓発活動（ブロックごとの啓発活動）に関する事業の実施への協力

☐可能 ☐不可

 可能な内容をチェックしてください。
☐ア) 当日の運営補助
☐イ) 講演会における講師
☐ウ) 啓発チラシの配布
☐エ) その他 ()

 可能な条件等があれば記載ください。
()

③合同研修会の企画・立案への協力

(例)拠点訪問看護ステーションが実施する合同研修会の企画会議への出席

☐可能 ☐不可

 可能な条件等があれば記載ください。
()

④合同研修会の実施への協力

☐可能 ☐不可

 可能な内容をチェックしてください。
☐ア) 拠点訪問看護ステーションが実施する合同研修会の当日の運営補助
☐イ) 拠点訪問看護ステーションが実施する合同研修会における講師
☐ウ) 研修会チラシの配布

 可能な条件等があれば記載ください。
()