

## 同行研修申込書

申込日	年	月	日
依頼者	事業所		
	氏名		
研修者	研修者資格		
	研修者氏名		
希望日  (曜日・時間帯での記入も可)	第一希望		
	第二希望		
	第三希望		
その他 (希望の地域・疾患・病態など)			

上記太枠にご記入のうえ、宇治久世医療介護連携センターにFAXをお願いします。

宇治久世医療介護連携センター

FAX 0774-24-8761

TEL 0774-24-1711