



在宅医療に携わる  
これから携わる

医療従事者の皆様へ

# 令和5年度 在宅看取り検案研修

## 受講申込書

(フリガナ) 御芳名	
御所属 又は 御団体名	
職種名	
電話番号	
E-mail ※	

※ 完全Web開催のため、当日の招待コードを送付できるよう、必ずご連絡が取れるメールアドレスをご記入ください。

**申込方法** 「受講申込書」に必要事項をご記入し、下記お申込先へ送付（メール or FAX）ください。



**申込期限**

令和6年 **3月15日（金）** 〆

お申込先

神奈川県健康医療局保健医療部医療課  
地域包括ケアグループ 電話：045-210-1111（内線4865）  
FAX：045-210-8858 メール：ouhuku-iryuu@pref.kanagawa.lg.jp