（様式1）

年　　月　　日

在宅医療トレーニングセンター共催申請書

公益社団法人神奈川県医師会長　殿

申請団体名

住　　　所

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記研修会の開催にあたり、在宅医療トレーニングセンターと共催により開催したく申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| １．研修会の名称 |  |
| ２．開催目的 |  |
| ３．開催日 |  |
| ４．開催場所  （開 催 形 式） |  |
| ５．参加対象者 | 対象職種：  参加者数（予定）： |
| ６．その他 |  |