

【様式】

令和6年度在宅医療関連調査・講師人材養成事業

1 グループワーク研修 都道府県受講者一覧表

| No. | 都道府県 | 所属(事業所名) | 姓 | 名 | せい | めい | 職種 | | 電話番号 | メールアドレス (注1) | 進行役 (注2) | 事前学習プログラム(講義動画)テキスト、修了証明書送付先 (注3) | | | | | | |
|-----|------|----------|----|----|------|-----|--------------------------------|--|--------------|--------------|-------------|-----------------------------------|------|------|-----|---------|--------------|----------|
| | | | | | | | 職種をご選択ください 「その他」の場合、職種をご記入ください | | | | | 郵便番号 | 都道府県 | 市区町村 | 地名 | 丁目・番地・号 | 建物名・部屋番号 | 施設名・部署 |
| 記入例 | 東京都 | ■ ■クリニック | 厚労 | 太郎 | こうろう | たろう | 医師 | | 03-0000-0000 | ■ ■@aa.co.jp | ○ | 100-0000 | 東京都 | 千代田区 | 丸の内 | 3-0-0 | ■ ■ビルディング101 | ■ ■クリニック |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注1) メールアドレスは、事前学習プログラム(講義動画)の動画配信サイト「OneStream」のログイン用アカウント発行に際し必ず必要となります。

(注2) 開催通知「受講者の選定」に記載の、グループワークの進行役です。別途ご案内する進行役研修にご参加いただけます。

(注3) 事前学習プログラム(講義動画)で使用するテキストを事務局より送付予定です。

2 グループワーク研修テーマ選択表

都道府県として取り組むテーマの希望順位を1位～3位まで記載してください。

| No. | テーマ | 希望順位 |
|-----|---|------|
| 1 | 災害時に備えた平時からの関係機関・職種との連携について | |
| 2 | 在宅医療・介護、小児、障害等における関係機関・職種との連携について | |
| 3 | 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において在宅医療の体制整備等を推進する人材の養成について | |