

【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	