**見学・研修申込書**

申込日：　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 職業・所属 |  |
| 生年月日・性別 | 年　　月　　日　　(　　)歳　　　　　　男　・　女 |
| 連絡先住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

＊見学・研修について

|  |  |
| --- | --- |
| 希望形態 | 見学　・　研修 |
| 希望内容  (複数回答可) | ☐医師同行　　　☐看護師同行　　　　☐作業療法士同行  ☐ヘルパー同行　☐MSW同行  ☐IT　　　　　　☐事務　　　　　　　☐施設見学  ☐その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 希望日程・日数 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日　(　　日間) |
| 見学・研修人数 | 人 |
| 研修・見学の目的 |  |
| その他希望・質問等 |  |

お申し込みは下記アドレスまでお願い致します。後日、こちらより折り返し連絡させていただきます。　　Mail：[info@soshukai.jp](mailto:info@soshukai.jp)

必ずしもご希望に添えないことがありますので、予めご了承下さい。

当院の都合により研修日程が変更になる場合があります。