**在宅医療体験学習　実施報告書**

岐阜県医師会長　様

下記のとおり、体験学習を実施したので報告します。

１．報告者

|  |  |
| --- | --- |
| 実施日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 実施医療機関 |  |
| 管理者名 |  |

２．対応医師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |

※2.に記入された方への手当支給のため、振込口座申請書を併せてご提出ください。

３．受講者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 所属大学 | 学年 |
| 1 |  |  | 年生 |
| 2 |  |  | 年生 |

４．研修内容

|  |  |
| --- | --- |
| スケジュール | 内　　容 |
| 時　　　　分 ～　　 　 時　　　分 |  |
| 時　　　　分 ～　　　 時　　　分 |  |
| 時　　　　分 ～　　 　 時　　　分 |  |
| 時　　　　分 ～　　 　 時　　　分 |  |
| 時　　　　分 ～　　　 時　　　分 |  |
| 指導した内容について  ※訪問診療を見学した場合、その患者症状や、見学先形態（患者自宅、または施設種別等）もご記入ください。  （紙面が不足する場合は、別紙にご記入ください） | |

(表面)

（記載に当たっての留意事項）

１．報告者

・実施日：体験学習を実施した日時を記入してください。

・実施医療機関：受入医療機関として登録し体験学習を実施した医療機関を記入してください。

・管理者名：受入医療機関の管理者名を記名してください。

２．対応医師

・氏名：体験学習に対応した医師の氏名を記入してください。

３．受講者

・氏名：体験学習に参加した方の氏名を記入してください。

・所属大学：体験学習に参加した方の所属する大学名を記入してください。

・学年：体験学習に参加した方の学年を記入してください。

４．研修内容

・当日のスケジュール、体験学習の際に指導した内容、得られた成果・課題などを記載してください。

５．その他

・手当を支給しますので必ず振込口座申請書を添付してください。

・手当支給対象となる体験学習は、本会が認めたものに限ります。

・報告書は体験学習を実施した日から１週間以内に岐阜県医師会に提出してください。

・ご不明な点は、下記の連絡先にお問い合わせください。

（お問い合わせ・報告書提出）

〒５００－８５１０　岐阜市薮田南３丁目５－１１

一般社団法人　岐阜県医師会事務局　在宅医療担当　宛て

電　話：０５８－２７４－１１１１　ＦＡＸ：０５８－２７１－１６５１

（裏面）