ＦＡＸ送付先：埼玉医科大学総合医療センター小児科０４９－２２６－１４２４

【成人の在宅医療に関わる医師向け小児在宅医療講習会】

申し込み用紙

参加を希望される方はこの申し込み用紙に必要事項をご記入の上、ＦＡＸにてお申し込みください。

応募締め切り：平成２７年１２月２７日（日）

（申込者が３０名に達した時点で受付を終了しますことをご了承ください）

＊＊

参加者氏名（ふりがな） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先　住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ＦＡＸ番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

e-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊＊

お申込み時アンケート

大変恐縮ですが、申込み時にご記入いただけますようお願いいたします。**該当するアルファベットを○で囲んで下さい。**

１）本講習会への参加を　（　a. 希望する　　b. 今回は不参加　）

２）この成人在宅医向け小児在宅医療講習会をどのようにして知られましたか。

a.成人の在宅医のネットワーク　b.小児在宅研究会ホームページ　c. 友人から　d.ポスターで

e. その他（　　）

３）現在、小児在宅医療を行っておられる患児がおられますか？

a.　いない

b.　いる　（b と回答された場合、何名いらっしゃいますか？　＿＿名）

４）今回の講習会では、どんなことを修得されたいですか。（複数回答可）

a. 講義

b. 実技　　実技の種類は？（1. 気管切開管理　2. 胃瘻　3.その他＿＿＿＿＿＿＿）

c. その他（　　）

５）今回は不参加を選択された理由をお教えいただけませんでしょうか。

a.　日程が合わない

b.　内容が合わない　　ご希望があればお書きください

（　　）

c.　小児在宅医療に参加できそうもない

d.　その他　（　　）

アンケートにご協力ありがとうございました

お問い合わせ：埼玉医科大学総合医療センター小児科
TEL:049-228-3550　zaitaku@saitama-med.ac.jp