

別紙 2

医療的ケア児の在宅医療に関わる際の条件 ※ 該当する項目に☑してください。

☐ ← 公開を希望されない場合は、こちらに☒してください。

<p>【研修参加への意向】</p> <p>医療的ケア児かかりつけ医登録制度をすすめていくにあたり、医療的ケア児在宅医療に関する研修を計画しています。研修への参加の有無をお聞かせください。また、学びたい内容があればご記入ください。</p>			
研修への参加意向	<input type="checkbox"/> 参加したい	<input type="checkbox"/> 内容によっては参加したい	<input type="checkbox"/> 参加したくない（参加する必要がある）
学びたい内容があればご記入ください。			