

読谷村診療所FAX番号
098-956-9560

VR研修の申し込みを希望される方は 下記の全てを記載の上でFAXをお願いします

お申し込みの定員を超えた場合は抽選になります。

結果につきましては4月10日以降に申込先へご連絡申し上げます。複数名を希望された場合ご希望の希望人数に応えられない場合もございますことをご了承ください。

VR研修では“看取り”について、本人の意思を尊重した看取りに必要な知識と心構えや、どのように本人の意思を関係者と共有するか、本人が住まいでの最期を望んだ時に何を考えるべきかをみなさんで体験し考えていきます。

①参加希望時間（どちらか一つに☒チェックをつけてください）

☐1部14:00～ ☐2部18:00～

☐1部でも、2部どちらでもよい

②氏名（カタカナ） _____（ _____ ）

③生年月日 西暦 _____年 _____月 _____日

③連絡先 メール及び電話番号（電話番号は必須）

メール _____ 電話番号 _____

④職種 _____

⑤所属（事業所名等） _____

複数名希望の場合：参加希望人数 _____名

所属の代表者名 _____

所属単位で複数名希望された場合は事務局より電話またはメールで参加希望の名簿を後日お願いします。

上記①から⑤までの記載が不明確の場合は抽選を無効とさせていただく場合がございますので、確実に記載をお願いします。