在宅医療の拠点整備・運用に向けた伴走支援　申込書

別紙２－②

* 応募地域の基本情報をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 都道府県 |  | | |
| 応募地域の単位 | ※右の回答欄に1又は2をご記入ください | 回答 |  |
| 1 在宅医療の圏域  2 在宅医療の圏域ではない |
| 応募地域名 | ※上記設問で1と回答した場合は在宅医療の圏域を、2と回答した場合はその地域名をご記載ください | | |
|  | | |

* 代表者の基本情報をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 部署 |  |
| 氏名 |  |
| 役職 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

* 応募の理由をご記入ください。（※できる限り具体的にご記載ください）
* 地域の特徴をご記入ください。（※できる限り具体的にご記載ください）
* 拠点の取組内容をご記入ください。（※できる限り具体的にご記載ください）
* 地域の課題について、該当する項目に○を付けたうえで、詳細を枠内にご記入ください。

（※できる限り具体的にご記載ください）

・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築

・在宅医療に関する人材育成

・在宅医療に関する地域住民への普及啓発

・災害時及び災害に備えた体制構築への支援　　・その他

* 想定される本伴走支援の参加者（構成員）をご記入ください。

（※現時点で参加を想定している職種や機関の記載で構いません）

（※行が足りない場合は適宜追加してご記入ください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 所属 | 部署 | 役職 | 職種 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |

以上