様式２

島根県医療連携推進アドバイザー　派遣結果報告書

１　依頼者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施主体 | ◯◯市医師会 | コーディネーター所属・職・氏名 | ◯◯病院　◯◯課主任　◯◯◯◯ |
| 担当者 | 同上 | ＴＥＬ | 0852-22-5796 |
| ＭＡＩＬ | shimane@pref.shimane.lg.jp |

２　派遣を受けた内容（「〇」で囲んでください。）

（１）相談・助言

（２）取組への参加

（３）その他

２　派遣結果報告

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣を受けた日時 | 令和◯年◯月◯日（　）～令和◯年◯月◯日（　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　計◯日間 |

　※派遣前の課題や派遣を受けた結果を記載してください。

（次回派遣希望が有る場合は、希望時期やその内容も記載してください。）

|  |
| --- |
| 課題：派遣を受けた結果：（アドバイザーからの助言内容やそれに対する感想、今後取り組みたいこと等）次回派遣希望： |