

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 参加申込書

注:全ての項目をご記入ください

|                                      |                                                              |                 |                |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| ふりがな                                 |                                                              |                 |                |
| 氏名<br>必ず医籍登録の氏名・字体で記載                |                                                              |                 |                |
| e-learning ID                        | ※申込み時点で修了していること                                              |                 |                |
| 職種 ※○をしてください                         | ・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・看護師 ・その他( )                                  |                 |                |
| 所属医療機関名                              |                                                              |                 |                |
| 所属診療科(所属部署)                          |                                                              | 医籍登録番号<br>医籍登録年 | 第 号<br>昭和・平成 年 |
| 職種に対する経験年数                           | 年目                                                           | 役職名             |                |
| 研修会修了証書等送付先<br>※どちらか○をして下さい          | 所属<br>自宅                                                     | 〒 _____         |                |
| 連絡先<br>(平日の日中に繋がる番号をご記入下さい)          | TEL                                                          |                 |                |
| 厚生労働省が氏名及び所属を公表することについて<br>※○をしてください | ・承諾します ・承諾しません                                               |                 |                |
| e-learning受講状況                       | e-learning修了年月日<br>西暦 年 月 日<br>※修了証書の交付日が集合研修の予定日から2年以内であること |                 |                |
| 研修会当日の持ち物                            | ・スマートフォン又はタブレット端末(研修会終了後、アンケート回答が必須のため)<br>・昼食・飲み物           |                 |                |

申込み期限:2024年7月22日

送付先 FAX:0545-53-3708

必ずe-learning修了証書を一緒に送信してください

(申込み時において、修了証書が必要です)

問合せ・連絡先  
富士市立中央病院 地域医療連携センター  
緩和ケア委員会事務局 江村・小山・服部  
0545-52-1131 内線2971