

# 出水郡医師会広域医療センター 緩和ケア研修会 参加申込書

F A X : 0 9 9 6 - 7 3 - 3 7 0 8 (8/18 締切 : 送信票不要)

フリガナ

【氏名】 \_\_\_\_\_ (性別) 男 ・ 女 (年齢) \_\_\_\_\_ 歳

※修了証に印刷しますので、ご氏名は**楷書の大きな字で正確**にご記入下さい。

【e-learning 受講者 I D】 \_\_\_\_\_

※Web サイトで取得した受講者 I D を**大きな字で正確**にご記入ください。

※受講済の方は修了証書を本申込書に添えて F A X 送信ください。

【職 種】 医 師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

【修了者として氏名及び所属を公開することの同意】 \_\_\_\_\_ 可 ・ 不可

※医師又は歯科医師の方のみ、いずれかを選択してください。

【医 籍 番 号】 \_\_\_\_\_

(又は歯科医籍登録番号) \_\_\_\_\_ 第 \_\_\_\_\_ 号

【臨床経験年数】 \_\_\_\_\_ 年 【緩和医療経験年数】 \_\_\_\_\_ 年

※グループ分けの参考とします。

【所属機関名】 \_\_\_\_\_

【役 職】 \_\_\_\_\_ 【診療科名】 \_\_\_\_\_

【連絡先住所】 〒 \_\_\_\_\_

【電話番号】 \_\_\_\_\_ 【FAX 番号】 \_\_\_\_\_

【e-mail】 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

【緊急連絡先】 (携帯電話番号等) \_\_\_\_\_

【昼食・飲み物代 (1,000 円)】 \_\_\_\_\_ 要 ・ 不要 (※近くに店舗等ありませんのでご了承下さい)

※e-learning 修了済の方は修了証を添えて FAX して下さい。(交付日が集合研修日から2年以内である事)

※e-learning 未修了の方は8月18日までに修了証を FAX してください。

※該当する全ての項目をご記入の上、8月18日(金)までにお申し込み下さい。

※本申込書は当院ホームページからダウンロードできます。(https://www.akunehp.com/)

(お問い合わせ先) 出水郡医師会広域医療センター  
総務課：川畑 公認心理師：永石  
TEL 0996-73-1331