

# 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

(共催：済生会川内病院)

F A X : 0 9 9 6 - 7 3 - 3 7 0 8 (7/24 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7月24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、7月24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  
緩和ケア認定看護師：大六野 総務課：川畑  
TEL 0996-73-1331 e-mail：syomu@akunehp.com