

( 病院 緩和ケア研修事務担当 宛て )

千葉県緩和ケア研修会申込書

|                           |                                                                        |                             |                 |                |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|
| ふりがな                      |                                                                        |                             |                 |                |
| 氏名<br>必ず医籍登録の氏名・字体で記載     |                                                                        | ( 男 ・ 女 )                   |                 |                |
| e-learning ID             |                                                                        |                             |                 |                |
| 職種 ※ 注1                   |                                                                        | ・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             |                |
| 修了証書送付先<br>※どちらか選択してください  | ・所属<br>・自宅                                                             | 〒 —                         |                 |                |
| 連絡先                       | TEL                                                                    | ( )                         |                 |                |
|                           | E-mail                                                                 |                             |                 |                |
| 国・千葉県が氏名及び所属を公開することについて ※ |                                                                        | ・承諾 します ・承諾しません             |                 |                |
| 参加希望研修会場名                 |                                                                        |                             |                 |                |
| 参加希望研修開催日                 |                                                                        | 西暦 年 月 日                    |                 |                |
| e-learning受講状況(注2)        | e-learning修了証書の添付が必要です                                                 |                             |                 |                |
|                           | e-learning修了年月日<br>西暦 年 月 日<br>※e-learning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 |                             |                 |                |

注1：※の箇所は、該当するものを○で囲んでください。

- ※ 緩和ケア研修会当日の持ち物  
○ スマートフォン・タブレット端末  
○ e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード

記入後、参加希望研修会主催者まで郵送、FAXまたはメールをお願いします。