

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 (8/16 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 1 6 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 1 6 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 看護部：大六野
TEL 0996-73-1331