**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**

**ＦＡＸ：０９９６－７３－３７０８　（1/10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ＩＤ】

※Webサイトで取得した受講者ＩＤ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ＦＡＸ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１月８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，１月１０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