

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会 参加申込書

注:全ての項目をご記入ください

ふりがな			
氏名 必ず医籍登録の氏名・字体で記載			
e-learning ID、パスワード	※申込み時点で修了していること ID()・パスワード()		
職種 ※○をしてください	・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・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 医籍登録年	第 号 昭和・平成 年
職種に対する経験年数	年目	役職名	
研修会修了証書等送付先 ※どちらか○をして下さい	所属 自宅	〒	
連絡先 (平日の日中に繋がる番号をご記入下さい)	TEL		
厚生労働省が氏名及び 所属を公表することについて ※○をしてください	・承諾します ・承諾しません		
e-learning受講状況	e-learning修了年月日 西暦 年 月 日 ※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		
研修会当日の持ち物	・筆記用具 ・スマートフォン等タブレット端末とe-learning受講時のID・パスワード(研修会終了後、アンケート回答が必須のため) ・昼食・飲み物		

申込み期限:2025年7月22日

送付先 FAX:0545-53-3708

必ずe-learning修了証書を一緒に送信してください

(申込み時において、修了証書が必要です)

問合せ・連絡先
富士市立中央病院 地域医療連携センター
緩和ケア委員会事務局 江村・鈴木・服部
0545-52-1131 内線2971