

# 第 16 回中津市民病院緩和ケア研修会参加申込書

(医師・歯科医師用)

e-learning 受講者 ID \_\_\_\_\_

e-learning 修了年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(注意)集合研修受講については、e-learning が修了していないと申込ができません。  
**受講申込書とともに必ず e-learning 修了証明のコピーを FAX してください。**

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 医籍番号 \_\_\_\_\_

※厚生労働省からの修了証で使用するので楷書でお書き下さい。

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所(施設・自宅) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

E-mail \_\_\_\_\_

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 \_\_\_\_\_ 可 ・ 不可

医師会加入の有無 \_\_\_\_\_ 有( \_\_\_\_\_ 市医師会) ・ 無

昼食(弁当)希望の有無(実費 600 円) \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

(事務担当)

大分県中津市下池永173番地  
中津市民病院 患者サポートセンター 橋内・萩原  
(代表)TEL:0979-22-2480  
(直通)TEL:0979-22-6521 FAX:0979-22-2448  
E-mail: [soudan@nakatsu-hosp.jp](mailto:soudan@nakatsu-hosp.jp)