

**緩和ケア研修会参加申込書**  
(令和3年度 唐津赤十字病院 緩和ケア研修会)

施設名	唐津赤十字病院		
所属科(所属)		職名	
職種	医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他( )		
専門分野(経験年数)	( 年)	役職	
医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ記載)	昭和・平成・令和	年	月 日 第 号
e-learning ID			
ふりがな			
氏名	※終了証書を発行する際に使用しますので、医籍登録等の氏名を楷書でお書きください		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
修了証送付先住所	〒		
連絡先(電話番号)			
修了した場合、氏名及び所属を公開することの本人の同意	同意する・同意しない		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会生涯教育制度の単位認定を希望の有無	所属医師会(	希望する・希望しない	)医師会

- ※1 集合研修申し込みにあたっては、**事前にe-learning受講が要件**です。申込時にe-learning修了証書を添付してください。
- ※2 受講決定者には後日、参加票等のご案内を郵送いたします。
- ※3 修了された場合には、氏名及び所属等がホームページ等で公開される場合があります。このことに対し、本人の同意の可又は否いずれかに○をご記入ください。
- ※4 遅刻・早退・途中退出された場合は修了証が交付できません。
- ※5 今回ご提出いただいた個人情報は「令和3年度 唐津赤十字病院 緩和ケア研修会」の目的以外には利用しません。また、提出者の同意がない限り第三者に提供しません。

**【申込先】**

がん医療推進センター(患者総合支援センター) 柿木

※本申込書とe-learning修了証書を一緒にご提出ください。

締切:令和3年7月21日(水)必着 ※ただし、定員になりましたら締め切らせていただきます。