

緩和ケア研修会参加申込書
(令和5年度 唐津赤十字病院 緩和ケア研修会)

施設名			
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受講済であることが要件**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5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】以下に、本申込書とe-learning修了証書を一緒に郵送またはFAXで送付をお願いいたします。

〒847-8588 佐賀県唐津市和多田2430
唐津赤十字病院 がん医療推進センター
FAX 0120-725-568(直通)

締切: 令和5年7月31日(月)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。