

令和 7 年度 唐津赤十字病院 緩和ケア研修会 参加申込書

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 I D			
氏 名	フリガナ		
	※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)			
修了後、氏名及び所属等の 公開の同意	同意する ・ 同意しない ※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。 必ず、「同意する」「同意しない」いずれかに○をご記入ください。		
日本医師会生涯教育制度の 単位認定を希望の有無 (医師会員の方のみ記載)	希望する ・ 希望しない 所属医師会 () 医師会		

- ※ 1 集合研修申し込みにあたっては、事前に e-learning を受講済み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 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。研修中の院内 PHS の使用、緊急対応等
はご遠慮ください。
- ※ 4 今回ご提出いただいた個人情報は「令和 7 年度 唐津赤十字病院 緩和ケア研修会」を運営する目的
以外では利用しません。また、提出者の同意がない限り第三者に提供しません。

「本参加申込書」と「e-learning 修了証書のコピー」を一緒に郵送または FAX で下記の申込先まで
送付をお願いいたします。(当院職員はがん医療推進センターまでご提出ください)

申込期限

令和 7 年 7 月 25 日 (金)

※定員になりましたら締め切らせていただきます

【申込先】

〒847-8588 佐賀県唐津市和多田 2 4 3 0

唐津赤十字病院 がん医療推進センター

TEL : 0955-72-5111 (代表)

FAX : 0 1 2 0 - 7 2 5 - 5 6 8 (直通)