広島市立北部医療センター安佐市民病院

通院治療センター　緩和ケア研修会事務局　　担当：史

電話082-815-5533（直通）

e-mail：gan-jimu@asa-hosp.city.hiroshima.jp

北部医療センター安佐市民病院 緩和ケア研修会 参加申込書

2024年6月13日（木）までに、e-leaning修了証書を添付し、Ｅ-ｍａｉｌにてお申し込みください。

2024年7月13日（土）開催の標記研修会に以下のとおり申し込みます。　　2024年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 性　　別 |
| 氏　　　名 |  | | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　年　　　月　　　日 | | | | 年齢　　　　　　　　　歳 |
| e-learning ID |  | | | | |
| 職　　種 | 医師　　歯科医師　　薬剤師　　看護師　　心理士　　MSW  理学療法士　　作業療法士　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 臨床経験年数 | 年 | 緩和医療経験年数 | | | 年 |
| 所属施設 | 施設名 | | | | |
| 所属診療科等 | | | | |
| 住所　〒　　　　　- | | | | |
| TEL | | | FAX | |
| メールアドレス | [※gan-jimu@asa-hosp.city.hiroshima.jp](mailto:※gan-jimu@asa-hosp.city.hiroshima.jp)からのメールが受信可能なメールアドレスをご記入ください。 | | | | |
| 緊急連絡先 | ※当日連絡のとれる番号でお願いいたします。  携帯電話番号 | | | | |
| 修了証書送付先住所 | 〒 | | | | |
| 医籍登録番号  （医師・歯科医師のみ） | 第　　　　　　　　　　　　号　　　　昭和・平成 ・令和　　　年 　　　月　 　　日登録 | | | | |
| 修了後の厚労省や県等のHPでの氏名公開 | | | 可　　　　　・　　　　不可 | | |

○　お申し込み後、３日以内（休日を除く）に申込確認メールをお送りいたします。３日以内にメールが届かない場合は、上記電話番号へご連絡ください。

○ ご送付いただいた個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。

○　令和６年６月１３日（木）　までに上記e-mail宛てにてお申し込みください。

○　申し込み後、参加が難しくなった場合は直ちにご連絡ください。