<送付先>　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式第4号

済生会滋賀県病院　総務課　あて（FAX　０７７－５５３－８２５９）

**平成29年度　滋賀県緩和ケア研修会（済生会滋賀県病院会場）受講申込書**

開催日：　Ａ研修　平成29年11月18日（土）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｂ研修　平成29年11月19日（日）

|  |  |
| --- | --- |
| 施　　　設　　　名 |  |
| 診 療 科（所属）名 |  |
| 職　　　　　　　種  医籍登録番号  薬剤師名簿登録番号  看護師籍登録番号等 | 医師・医師以外（　　　　　　　　　　　　　　）  　　昭和・平成　　年　　月　　日　第　　　　　　　号 |
| 職　　　　　　名 |  |
| （ふりがな）  氏　　　　　　名 | ※修了証書の氏名になりますので楷書で正確に記入ください。 |
| 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 |
| 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 臨床経験（29年4月1日現在） | 年 |
| 連　　　絡　　　先 |  |
| 受講決定通知・修了書等の　　送付先住所 | 〒 |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 単　位　型　研　修 | Ａ研修：11月18日（土） | | Ｂ研修：11月19日（日） | |
| 希望の研修に○を　　付けてください | Ａ・Ｂ研修ともに希望 | Ａ研修のみ希望 | | Ｂ研修のみ希望 |
| **注）他の会場でＡ研修またはＢ研修の受講済みの方は、受講証明書（写）を添付してください。** | | | | |

※１　当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※２　申込書はお一人１枚です。

※３　受講決定者には、研修会開催日の概ね10日前までに受講決定通知書を送付します。

　　　受講決定通知のない方は研修を受けていただくことができませんのでご留意願います。

※４　茶菓子・昼食代（1,000円/日）を研修当日、受付時にお支払い願います。

【申込締切】平成29年10月13日（金）