<送付先>　　済生会滋賀県病院　がん診療支援センター［北野］ あて（FAX 077-553-8259）

**平成30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：平成30年11月23日（祝日：金）

　　　　　　　　　　募集期間：平成30年10月1日（月）～平成30年10月31日（水）

|  |  |
| --- | --- |
| 申　　　込　　　日 | 平成30年　　　　月　　　　日 |
| e-learning受講者ID |  |
| e-learning修了年月日 |  |
| 【　注　意　】 | ※e-learningは集合研修の概ね1週間前には修了していただく必要がございます。修了しましたら必ず「e-learning修了証書」写しをFAXしてください。 |
| 施　　　設　　　名 |  |
| 診 療 科（所属）名 |  |
| 職　　　　　　　種 | 医師　・　医師以外（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医籍登録番号  薬剤師名簿登録番号  看護師籍登録番号等 | 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（30年4月1日現在） | 年 |
| 連　　　絡　　　先 | **※当日、連絡する場合がありますので、必ず携帯電話尾記載してください。** |
| 受講決定通知・修了書等の　　送付先住所 | 〒 |
| メールアドレス | **※分かりやすく正確にご記入ください。**  　　　　　　　　　　　　＠ |

※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。