

## 千葉県緩和ケア研修会申込書

ふりがな				
氏名 必ず医籍登録の氏名・字体で記載		( 男 ・ 女 )		
職種 ※注		・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・看護師 ・その他( )		
所属医療機関名				
所属診療科(所属部署)		医籍登録番号 医籍登録年		第 昭和・平成 号年
職種に対する経験年数		年目	役職名	
修了証書送付先 ※どちらか選択してください	・所属	〒 _____		
	・自宅			
連絡先	TEL	( )		
	E-mail			
国・千葉県が氏名及び所属を公開することについて ※		・承諾します ・承諾しません		
参加希望研修会場		( 月 日 ・ 月 日)		
参加希望課程(注2) ※		1. A・B両方      2. Aのみ      3. Bのみ		
		2又は3を選択した方で、受講済の課程がある方はご記入ください 平成 年 月 日 ( A ・ B ) 課程 開催機関:		
日本医師会・日本病院薬剤師会 生涯教育制度の単位認定希望 ※		・希望します ・希望しません ・該当しません		

注1: ※の箇所は、該当するものを○で囲んでください。

注2: 受講はできるだけA課程・B課程同時、またはA課程受講の後にB課程を受講するようにお願いします。

記入後、参加希望研修会主催者まで郵送、FAXまたはメールをお願いします。

お弁当の注文    1. A・B両方                      2. Aのみ                      3. Bのみ

※1日分750円となります。