

( セコメディック病院 緩和ケア研修事務担当 宛て)

## 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 )		
e-learning ID				
職種 ※注1		・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	〒 ー		
	・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		
参加希望研修会場名				
参加希望研修開催日		西暦 年 月 日		
e-learning受講状況(注2)		e-learning修了証書の添付が必要です		
		e-learning修了年月日 西暦 年 月 日 ※e-learning修了証書の交付日が集合研修の予定日から2年以内であること		

注1：※の箇所は、該当するものを○で囲んでください。

※ 緩和ケア研修会当日の持ち物

○ スマートフォン・タブレット端末

○ e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード

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。