

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名(施設名)		所属(診療科)	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床 経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年 数	年間
性別※	男性 ・ 女性	年齢	歳
ふりがな			e-learning ID
氏名 (氏名は必ず医籍登録されている氏 名・字体で楷書での記載をお願いします)			
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-mail			
住所 (必ず受領できる住所及び所属施設 等の記載をお願いします)	〒		
研修会終了後、国及び福岡県が貴殿 の氏名及び所属を公開することにつ いて御承諾いただけますか。※	☐ 承諾します ☐ 承諾しません		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制 度の単位認定を希望しますか。※	☐ 希望します※生年月日< 年 月 日> ☐ 希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意: 修了証書が発行できるようになるまで時間を要する場合があります。

※e-learning修了証書を添付してください。