

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名（施設名）		所属部署	
職種※	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他（ ）		
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		

※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。