**送付先　　滋賀県立総合病院　経営強化推進室（Fax　０７７－５８２－５９３１）あて**

**(集合研修・滋賀県立総合病院会場)**

**申込日　令和　　　年　　　月　　　日**

**令和６年度 第３回滋賀県緩和ケア研修会 受講申込書**

 **開催日：令和６年８月４日（日）　募集期間：令和６年６月24日（月）～７月19日（金）**

|  |
| --- |
|  |
| e-learning受講者ID |  |
| e-learning修了年月日 |  |
| **【　注　意　】** | **e-learningが修了していないと申し込みができません****受講申込書とともに修了証書の写しをFAXして下さい** |
| 施　　設　　名 |  |
| 診療科(所属)名 |  |
| 職種 | 医師　・歯科医師　・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 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　第　　　　　　　　号 |
| 役　　　　　職 |  |
| （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ご記入ください。****（ふりがな）** |
| 修了した場合　氏名及び所属・診療科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） | 年　　月　　日　(　　歳) |
| 臨床経験（令和６年４月１日現在） | 　　　　　　　　年 |
| 通常の連絡先・研修会当日の連絡先（電話番号） | **・**当日通常 |
| 決定通知書・修了証書等の送付先住所 | 〒 |
| メールアドレス | **※メールでの連絡となります。わかりやすくご記入ください。** |

※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　**メールアドレスは必ずご記入ください。メールアドレスをお持ちでない場合は、ＦＡＸ番号をご記入ください。**

※4　 昼食は、各自で用意をお願いいたします。院内コンビニエンスストアを利用することも可能です。