

<送付先> 市立長浜病院 がん対策推進室 (FAX : 0749-68-2297) あて 【院外用】

令和5年度 第8回滋賀県緩和ケア研修会・集合研修 (市立長浜病院会場)

受講申込書

開催日：令和5年12月3日(日)

募集期間：令和5年10月23日(月)～11月14日(火)

| | |
|-------------------|----------|
| e-learning 受講者 ID | |
| e-learning 修了年月日 | 令和 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 e-learning 修了証書の写しを FAX してください。

| | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 所属施設名 | |
| 診療科 (所属) 名 | |
| 職 種 | 医師 ・ 医師以外 () |
| 医籍登録番号 薬剤師名簿登録番号 看護師籍登録番号等 | 昭和・平成 年 月 日 第 号 |
| 職名 (役職) | |
| (ふりがな) 氏 名 | ※修了証書の氏名になりますので、 <u>楷書で正確にご記入ください。</u> (ふりがな) |
| 修了した場合 氏名及び所属を 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) | 昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 臨床経験 (令和5年4月1日現在) | 年 |
| 通常連絡先・当日の緊急連絡先 | 通常連絡先 |
| | 当日緊急連絡先 (携帯電話等) |
| 受講決定通知・修了証書等 送付先住所 (※原則、所属施設に送付します) | ※所属施設の住所以外 (自宅等) に送付を希望される場合はご記入ください。 〒 |
| メールアドレス・FAX 番号 (※どちらかを必ずご記入ください) | ※原則、メールでの連絡となります。 <u>わかりやすくご記入ください。</u> |

※1 当日はe-learning「受講者ID」および「パスワード控え」をご持参ください。

※2 申込書はお一人1枚です。当該欄は楷書で正確にもれなくご記入ください。

※3 受講申込書を拝受しましたら連絡をしますので、メールアドレスまたはFAX番号をご記入ください。
連絡がない場合は、下記担当までお問い合わせください。

※4 昼食は各自でご用意ください。院内コンビニエンスストアを利用することも可能です。

市立長浜病院 がん対策推進室 TEL : 0749-68-2300
担当：宮崎 内線：2971