

送り先:淡海医療センター 病院総務課 宛

申込日 令和 年 月 日

令和5年度 第9回滋賀県緩和ケア研修会(集合研修・淡海医療センター会場)

<受講申込書>

開催日:令和6年2月10日(土)

募集期間:令和6年1月4日(木)~1月19日(金)

e-learning受講者 ID	
e-learning修了年月日	令和 年 月 日修了

【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または
メールに添付してください。

施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師 歯科医師 ()
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)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
臨床経験(令和5年4月1日現在)	年
通常の連絡先・研修会当日の連絡先 (電話番号)	通常 当日
受講決定通知書・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 昼食は各自でご用意をお願いいたします。院内のコンビニエンスストアもご利用いただけます。

※2 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。

受講申込書を拝受しましたら必ず連絡いたします。連絡がない場合は、当院へご連絡をお願いいたします。

※3 緊急時の当日キャンセルは朝9時までにご連絡ください(後日連絡)。緊急以外のキャンセルにつきましては、

2月5日(月)までに病院総務課 緩和ケア研修会事務担当宛、平日8:30~17:30の間にご連絡ください。