

申込み先 ⇒ 彦根市立病院 地域医療連携室 (FAX : 0749-22-6093)

申込日 令和4年 月 日

令和4年度滋賀県緩和ケア研修会(集合研修/彦根市立病院会場)

<受講申込書>

開催日：令和4年11月23日(水・祝)

募集期間：令和4年10月3日(月)～11月10日(木)

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

【注意】 e-learning を修了していないと集合研修は受講できません。

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	昭和・平成 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4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(勤務先電話番号) 当日(携帯番号)

- ※1 昼食は各自で用意をお願いいたします。院内レストランおよびコンビニを利用することも可能です。
- ※2 緊急時の当日キャンセルは朝9時までに【彦根市立病院 がん相談支援センター：0749-22-6050】までご連絡ください。緊急時以外のキャンセルにつきましては、11月16日までをお願いいたします。
- ※3 携帯番号等の個人情報は当研修会のみを使用するものです。
- ※4 県内の感染状況によりやむを得ず開催を中止する場合があります。また、申込み人数が6名に達しない場合も中止とします。
- ※5 応募者が募集人数を超過した場合、受講者の決定は原則『申込み順』『医師優先』とさせていただきます。