**申込先　　公立甲賀病院　診療支援課**

**申込日　令和　　　年　　　月　　　日**

**令和6年度 滋賀県緩和ケア研修会(集合研修・公立甲賀病院会場)**

**受講申込書**

 **開 催 日：令和6年6月9日（日）**

|  |
| --- |
| **提出期間：令和６年5月1日（水）～令和６年5月17日（金）まで** |
| 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 | 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 | 封筒にいれてレターケースにてお渡しさせていただきます。 |
| メールアドレス |  |

※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　院外PHS（内線番号8000番台の白携帯）をお持ちの方は連絡先にそちらの内線番号を記入いただいても構いません。