**送付先　　市立大津市民病院　地域医療連携室（Fax　077-522-0192）　あて**

**申込日　　　　　年　　月　　日**

**2024年度 滋賀県緩和ケア研修会(市立大津市民病院会場)受講申込書**

**開催日：2024年9月15（日）**

**募集期間：2024年8月5日（月）～ 2024年8月23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 |
| 病　　院　　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 | 年　　月　　日　第　　　　　　　　号 |
| 職　　　　　名 |  |
| （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。** |
| 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（2024年4月1日現在） | 年 |
| 連絡先(電話番号) | **※　当日、連絡する場合がありますので、必ず携帯電話番号を記載してください。** |
| 受講決定通知・修了書等の  送付先住所 | 〒 |
| メールアドレス | **※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　**受講決定者には、研修会開催日の概ね１０日前までに受講決定通知書を送付します。**

**受講決定通知を受けていない方は研修を受けていただくことができませんので、ご留意願います。**

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

※５　車でお越しの方は患者様専用駐車場をご利用していただくことも可能ですが、できる限り公共交通機関をご利用いただきますようご協力をよろしくお願いいたします（ＪＲ膳所駅より徒歩１０分）。