

<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6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6年11月17日(日)

募集期間：令和6年10月1日(火)～10月21日(月)

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・歯科医師・研修医・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・令和 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6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：本康・鹿取