＜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、**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。わかりやすくご記入ください。 |

※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