**送付先　　滋賀医科大学医学部附属病院　医療サービス課**行き

**(E-mail** [**iryog@belle.shiga-med.ac.jp**](mailto:iryog@belle.shiga-med.ac.jp)**) (Fax 077-548-2815）**

**申込日　 　　　年　　　月　　　日**

**2024年度 第６回滋賀県緩和ケア研修会**

**(集合研修・滋賀医科大学医学部附属病院会場)**

**受 講 申 込 書**

**開 催 日：2024年11月2日（土）**

|  |  |
| --- | --- |
| **募集期間：2024年9月24日（火）～10月11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**  **受講申込書及び修了証書の写しをメールまたはFAXしてください** |
| 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・令和  　　年　　月　　日　第　　　　　　　　号 |
| 職　　　　　名 |  |
| （ふりがな）  氏　　　　　名 | **※修了証書に印字しますので、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 |
| メールアドレス  （確実に受信確認が可能なメール  アドレスに限る） | **※わかりやすく、正確にご記入ください。** |
| 決定通知書・修了証書等の  送付先住所 | 〒　　　－ |

※１　当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※２　受講申込書の受領確認及び受講決定通知をメールで行います。確実に受信確認が可能なメールアドレスを記入してください。

※３　ご不明な点は、滋賀医科大学医療サービス課（TEL 077-548-3625）までお問い合わせください。