|  |  |
| --- | --- |
| **お申込み先**  **（どちらか）** | **【ＦＡＸ】0749-22-6093** |
| **【メール】gansoudan@municipal-hp.hikone.shiga.jp** |

**e-learning修了証書を**

**必ず添付してください**

院外医療者用

　　　　　　　　申込日　令和６年　　月　　　日

**令和６年度滋賀県緩和ケア研修会(集合研修/彦根市立病院会場)**

**＜受講申込書＞**

**開催日：令和６年１１月１０日（日）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 募集期間：令和6年9月2日（月）～10月25日（金） | | |
| e-learning受講者ID |  | |
| e-learning修了年月日 | 令和　　年　　月　　日修了 | |
| **【注意】e-learningを修了していないと集合研修は受講できません。** | | |
| 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 | 昭和・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） | 通常（勤務先電話番号） | 当日（携帯番号） |
| **メールアドレス** |  | |

※１ 昼食は各自で用意をお願いいたします。院内のコンビニを利用することも可能です。

※２ 緊急時の当日キャンセルは朝９時までに【彦根市立病院 がん相談支援センター：0749-22-6050】までご連絡ください。緊急時以外のキャンセルにつきましては、11月1日までにお願いいたします。

※３ メールアドレスおよび携帯番号等の個人情報は当研修会のみに使用するものです。

※４ 県内の感染状況によりやむを得ず開催を中止する場合があります。また、申込み人数が６名に達しない場合も中止とします。

※５ 応募者が募集人数を超過した場合、受講者の決定は原則『申込み順』『医師優先』とさせていただきます。