〔お申し込み先〕市立長浜病院　がん対策推進室　あて

　　　　　　　　**（Mail:chiikigan@nagahama-hp.jp）**または**（FAX：0749-68-2297）**

**令和7年度 第7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７年11月16日（日）**

**募集期間：令和７年10月１日（水）～10月20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込みができません。

　　　　受験申込書とともにe-learning修了証書の写しをMail(PDFか画像)または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） |  |
|  | ※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7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　受験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(代)

担当：藤原・鹿取