

南奈良総合医療センター 医事課

「緩和ケア研修会事務局」内田行

FAX : 0747-54-5071

10月12日(金) 17時必着

「参加申込書」及び「e-learning 修了証書」をFAXまたは上記事務局までご持参ください。

「第68回 まほろば PEACE 緩和ケア研修会」(11/4 開催)
集合研修・参加申込書

| | | | | | |
|--|--|--------------------|-----------------------------|------|-----|
| フリガナ | | | | 性別 | 男・女 |
| 氏名 | ※修了証書に使用しますので楷書でご記入ください | | | 年齢 | |
| 住所 | 〒 _____ (勤務先・自宅) ※受講決定通知および修了証書の郵送による確実な連絡先をご記入ください | | | | |
| TEL | | FAX | | | |
| 緊急連絡先 | | | | | |
| E-mail | | がん診療経験 | | 年 | |
| 医療機関名 | オピオイド処方経験 | | | | |
| 所属科 | 無し 1-5例 6-10例 11例以上 | | | | |
| 職種 | <input type="checkbox"/> 医師 | (医籍登録番号 第 _____ 号) | | | |
| | <input type="checkbox"/> 歯科医師 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | (_____) | | | |
| e-learning 修了年月日 (修了証書交付日) | | | 年 月 日 集合研修開催日より2年以内であること | | |
| ※必ず、印刷した「e-learning 修了証書」を一緒に提出してください。 | | | | | |
| お食事(弁当)の予約 (お弁当代金は研修当日受付時にいただきます) | | 昼食 1,000円 | | 要・不要 | |
| 研修修了後、厚生労働省および奈良県ホームページでの氏名、医籍登録番号、所属、所属科および職種の公開の可否 *病院HPでの氏名・所属・所属科の掲載(企業団に所属する医師の場合) | | | | 可・不可 | |

- ※ 定員になり次第、締め切ることがあります。なお、定員を超えた場合は、地域性、がん診療連携拠点病院勤務者、経験等を考慮して選考を行います。
- ※ 受講の可否については、10月26日(金)までに郵送にてお知らせします。連絡が無い場合はお問い合わせ下さい。(0747-54-5000 内線1614 緩和ケア研修会担当 内田)
- ※ お申込みいただいた皆様に関する個人情報、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。