

南奈良総合医療センター 医事課 行き

FAX：0747-54-5071 平成29年10月6日（金）17:00 必着

FAX または医事課までご持参下さい。

「第60回 まほろば PEACE 緩和ケア研修会」参加申込書

「職種欄」に必ず医籍登録の記入をお願い致します

11月4日（土）5日（日）開催

| | | | | |
|--|--|--------|--------|--|
| 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 | 〒 ー (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 | | |
| 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 () | | | |
| 参加希望 課程 1, 2, 3より 1つ選択 して下さい | 1. 研修A課程（11/4）・研修B課程（11/5）両方（推奨） 2. 研修A課程（11/4）のみ（修了書の交付にはA課程修了翌年度末までに研修B課程受講が必要です） 3. 研修B課程（11/5）のみ（研修B課程については事前に研修A課程の単位取得が必要です） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; color: red;">3の場合申込書に奈良県緩和ケア研修会 A 課程修了証明書を添付して下さい</div> | | | |
| お食事（弁当）の予約 （お弁当代金は受付時にいただきます） | 11/4 夕食（軽食） | 500円 | 要 ・ 不要 | |
| | 11/5 昼食 | 1,000円 | 要 ・ 不要 | |
| 研修修了後、厚生労働省および奈良県HPでの氏名および所属・所属科の掲載 南奈良総合医療センターHPでの氏名・所属・所属科の掲載（センター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25日（水）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1614 医事課緩和ケア研修会担当）

※ お申込みいただいた皆様に関する個人情報は、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。