令和７年度　岐阜県東濃地域緩和ケア研修会参加申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年齢 |
| 氏名 |  |  |
| ※厚生労働省からの修了証で使用します。**楷書（医師免許証と同じ漢字）**でご記入ください。 | | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  | |
| e-mail |  | |
| ※e-mailは受講決定等の連絡用のため、楷書でお間違えのないようご記入ください。  　 また、**PDFファイルが受診可能な**メールアドレスにてお願いいたします。 | | |
| 施設名 |  | |
| 所属 |  | |
| 役職名 |  | |

**緩和ケア研修会について**

|  |  |
| --- | --- |
| e-learning研修　修了証明書ID |  |
| ※**e-learningの修了証 ( コピー ）**は、**令和７年11月14日（応募締切日）**までに  　 必ずご提出ください。締切日までに修了していない場合は受講できません。 | |
| 修了証の送付先（院外参加者のみ） | 施設　・　自宅　　（どちらかに〇） |
| 〒 | |
| ※レターパックにて送付いたします。受取り可能な住所をお願いいたします。 | |

**医師・歯科医師用**

|  |  |
| --- | --- |
| 医師免許証/医籍番号 |  |
| 臨床経験（うち、緩和治療経験） | 年　（　　　　　　年） |
| 緩和ケア研修会修了の情報公開 | 可　　・　　不可　　（どちらかに〇） |
| ※**緩和ケア研修会修了情報は岐阜県のホームページ等で公開されます。** | |

【申込・連絡先】　岐県立多治見病院　がん診療連携センター　　担当：三宅、奥村

〒507-8522　岐阜県多治見市前畑町5-161

TEL: 0572-22-5311(内線3818)

FAX：0572-25-7513（直通）

E-mail：ganshinryo@tajimi-hospital.jp

＊上記項目を全てご記入の上、メール・FAXのいずれかでお申込みください。