申込日　　令和　６年　　　　月　　　　日

第１９回 藤枝市立総合病院

緩和ケア研修会（集合研修）参加申込書

（申込先）　医療情報分析室診療情報分析係　長谷川宛

**ＦＡＸ ：０５４－６４６－１３３０**

**Ｅ-ｍａｉｌ：him@hospital.fujieda.shizuoka.jp**

**下記の必要事項を記入して、上記申込先までお申し込みください。**

**※修了証で使用しますので楷書でお書きください。**

**※ｅラーニング修了証書のコピーも必ず提出して下さい。**

**研修会を受講するのに必ず必要になります。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 年齢 | 性別 |
| 氏　　名 |  | | |  | 男 ・ 女 |
| 所属する  医療機関名 |  | | 診療科  又は  所属部署 |  | |
| 職　　種 | 医師　・　看護師  その他（　　　　　　　　　　　　） | | 左記  免許  取得 | 昭和・平成・令和　　　　　年 | |
| 連　絡　先 | 電　話 |  | | | |
| 住　所 | 住所は、後日送付する受講決定可否通知書及び修了証  の送付希望先を記入ください。 | | | |
| 医籍登録番号  （医師のみ） |  | | | | |
| 研修終了後厚生労働省ホームページでの氏名公開  （医師のみ） | | | | 可　　・　　否 | |
| お弁当（1,000円徴収します） | | | | 要　　・　　不要 | |
| ｅラーニングID | | | |  | |