申込日　　平成　３０　年　　　　　月　　　　　日

第１２回 藤枝市立総合病院

緩和ケア研修会参加申込書

（申込先）藤枝市立総合病院　医療情報室診療情報分析係　増田宛

**ＦＡＸ ：０５４－６４６－１３３０**

下記の必要事項を記入して、上記申込先までＦＡＸにて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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望日程  （参加希望課程に○を、  お弁当を希望する場合は○  を付けてください。） | ２日間全課程に参加 | | |  | | １日目・お弁当 | |  |
| ２日目・お弁当 | |  |
| １日目のみ参加（第１期・第２期） | | |  | | お弁当 | |  |
| ２日目のみ参加（第３期・第４期） | | |  | | お弁当 | |  |
| １日目の午前のみ（第１期のみ） | | |  | | | | |
| １日目の午後のみ（第２期のみ） | | |  | | | | |
| ２日目の午前のみ（第３期のみ） | | |  | | | | |
| ２日目の午後のみ（第４期のみ） | | |  | | | | |
| 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　　　　　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 | | | |