申込日　　平成　２９　年　　　　　月　　　　　日

第１１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　医療情報室病歴係　小檜山宛

**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○、希望しない場合は×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 |