

大和高田市立病院 地域医療連携センター 「緩和ケア研修会事務局」 行き  
**FAX : 0745-52-4428 (直通) ※11月2日(木) 17時必着**

「参加申込書」及び「e-learning 修了証書」をFAXまたは上記事務局までご持参ください。

**「第117回 まほろば PEACE 緩和ケア研修会」(12/2開催)  
 集合研修・参加申込書**

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	〒 _____ (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			
緊急連絡先					
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	( _____ )			
e-learning 修了年月日			年 月 日		
(修了証書交付日)			集合研修開催日より2年以内であること		
<b>※必ず、印刷した「e-learning 修了証書」を一緒に提出してください。</b>					
研修修了後、厚生労働省および奈良県ホームページでの氏名、医籍登録番号、 所属、所属科および職種の公開の可否 *病院 HP での氏名・所属・所属科の掲載					可・不可

※ご飲食物は、当院でご用意しておりません。受講される方でご用意お願い致します。  
 ※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  
 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、11月22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。(0745-53-2901 内線 3637 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、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で  
 お使うことはありません。