

2020年度 茨城県緩和ケア研修会 参加申込書

※以下の情報は、茨城県及び厚生労働省に情報提供いたしますので、予めご承知ください。

(ふりがな) 氏 名		* 氏名は必ず医籍・歯科医籍登録されている字体でご記入ください。		
職種 (○印をつけてください)		医師	歯科医師	
		薬剤師	看護師	
		理学療法士	作業療法士	
		その他 ()		
医籍・歯科医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ)		第	号	
資格取得後年数		年 月	がん診療従事年数	
		年 月	年 月	
専門分野／経験年数 (グループ分けの参考にします)		/		
所属施設	施設名／所属先		/	
	住 所		〒	
	電話番号(必須)			
	FAX番号(必須)			
	Eメールアドレス(必須)			
個人電話番号(必須) (中止連絡等に使用します)				
研修修了後、国及び茨城県が貴殿の氏名及び施設名・所属先を公開することについてご承諾いただけますか。 (○印をつけてください)		承諾する	承諾しない	
e-learning受講状況 (○印をつけてください)		修了済み	未修了	

e-learning修了証書と申込書を
一緒にFAXしてください。(正式申込み)

申込書をFAXしてください。(仮申込み)

研修会7日前までにe-learningを修了し、
e-learning修了証書をFAXしてください。

※修了証書の印刷が困難な場合は、各会場の申込・問合せ先までご連絡ください。

お申込みの際は、参加希望の開催日に○印を付けてください。

会場	申込先FAX番号	開催日	
筑波メディカルセンター病院	029-858-2773		10月 17日(土)
筑波大学附属病院	029-853-3404		10月 24日(土)
			12月 12日(土)
			3月 13日(土)
総合病院土浦協同病院	029-846-3721		1月 23日(土)
茨城県立中央病院	0296-77-2886		1月 24日(日)
小山記念病院	0299-85-1131		2月 28日(日)