

# 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	ヵ月	がん診療従事年数	年
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御提出ください。(正式申込み)

申込書を御提出ください。(仮申込み)

研修会7日前までにe-learningを修了し、e-learning修了証書を追加提出してください。

※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。