

**緩和ケア研修会 集合研修参加申込書**

病院名(施設名)	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	所属(診療科)	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床 経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年 数	年間
性別※	男性 ・ 女性	年齢	歳
ふりがな			
氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医籍 登録されている氏名・字体で楷書で の記載をお願いします)			
<b>連絡先</b> (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の 記載をお願いします)	〒811-3195 福岡県古賀市千鳥1丁目1番1号 福岡東医療センター がん相談支援センター 木附 宛		
修了証書送付先住所を福岡県にお 知らせすることについて御承諾いた だけますか。※	・承諾します	・承諾しません	
研修会終了後、国及び福岡県が貴 殿の氏名及び所属を公開することに ついて御承諾いただけますか。※	・承諾します	・承諾しません	
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制 度の単位認定を希望しますか。※	・希望します※生年月日< 年 月 日> ・希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意: 修了証書がお手元に届くまでに2, 3か月を要する場合があります。

**申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。**