

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

|   |   |                                 |         |
|---|---|---------------------------------|---------|
| 病院名(施設名)  |   | 所属(診療科)                         |         |
| 医籍登録番号  | 号   | 医師免許取得後の臨床<br>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<br>数                 | 年間      |
| 性別※   | 男性 ・ 女性   | 年齢                              | 歳       |
| PEACEプロジェクト<br>e-learning ID                                    |   | PEACEプロジェクト<br>e-learning パスワード |         |
| ふりがな  |   |                                 |         |
| 氏名<br>(医師の方の場合、氏名は必ず医籍<br>登録されている氏名・字体で楷書で<br>の記載をお願いします)       |   |                                 |         |
| <b>連絡先</b><br>(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<br>(必ず受領できる住所及び所属等の<br>記載をお願いします)                     | 〒   |                                 |         |
| 修了証書送付先住所を福岡県にお<br>知らせすることについて御承諾いた<br>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<br>殿の氏名及び所属を公開することに<br>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。<br>日本医師会が行っている生涯教育制<br>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<br>※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。