

様式9 (医師・歯科医師以外の医療従事者)

(独立行政法人国立病院機構福岡東医療センター がん相談支援センター 緩和ケア研修会担当 宛)

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名(施設名及び所属部署)		性別※	男性 ・ 女性
職種※	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他()		
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
ふりがな			
氏名 (氏名は修了書に記載されます。楷書での記載をお願いします)			年齢 歳
連絡先 (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			
PEACEプロジェクト e-learning ID		PEACEプロジェクト e-learning パス ワード	
研修会終了後、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		

※の箇所は、該当するものに○印もしくは記載をお願いします。

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。