

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)			
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			
E-mail			
PEACEプロジェクト e-learning ID		PEACEプロジェクト e-learning パスワード	
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)			
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。