第 16 回 NHO 東広島医療センター
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会参加申込書（薬剤師）

フリガナ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※厚労省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい

年齢＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　臨床経験＿＿＿＿＿＿＿年（緩和医療経験＿＿＿＿＿＿年）

郵便番号＿＿＿＿＿＿＿＿

住所（施設・自宅）

＿＿

電話番号（**研修会当日連絡の付く電話番号**の記載をお願いします）

勤務先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名・所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ログイン ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（e-learning 登録時に設定した ID）

お弁当が必要な方は○を、不要な方は×をつけてください。（1000 円／食）　（　　）

緩和ケア研修会は、「e-learning」と「集合研修」とで構成されます。

集合研修の受講には、e-learning 修了証書が必要となります。

本申込用紙と共に e-learning 修了証書を併せて、９月１５日（金）までに

FAX 082-493-6488 へ送信していただきますようお願いいたします。

＜問い合わせ＞東広島医療センター　地域医療連携室　　082-423-2176（代表）