**第17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（医師）**

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

医師免許番号

研修終了後厚生労働省HPでの氏名公開　　　可　・　不可

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。（1食1,000円自己負担）**（　　　　）

**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、１０月１８日（金）までに**

**FAX 082-493-6488へ送信いただくか、下記問い合わせ先までご郵送下さい。**

＜お問い合わせ先＞

〒739-0041　広島県東広島市西条町寺家513

東広島医療センター　地域医療連携室　小川または佐藤

TEL:082-423-2176(代表)　FAX:082-493-6488　E-mail:509-iryosoudan@mail.hosp.go.jp