

FAX送信票 兼 参加申込書

令和元年度 高岡市民病院 緩和ケア研修会に参加します

※必要事項をご記入の上、e-learning受講修了証を添えてお申込みください

| | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------|----|-------------|
| フリガナ | | | | ※受付番号（記入不要） |
| 氏名 | | | | |
| 年齢 | 歳 | 性別 | | |
| 施設名 | | | | |
| 所属・ 専門領域（科） | | | 役職 | |
| 臨床経験年数 | 年 | 緩和医療経験 | 年 | |
| 医師免許番号 （医師の方のみご記入ください） | | | | |
| 連絡先 | ○で囲んでください | | 自宅 | 勤務先 |
| | 住所 | | | |
| | 電話 | | | |
| | FAX | | | |
| | E-mail | | @ | |
| FAX 送信先 | 高岡市民病院総務課（TEL 0766-23-0204） | | | |
| | FAX 0766-26-2882 | | | |

※参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。

【付記】

- がん診療に携わるすべての医師およびコメディカル等医療従事者を対象としています。
- 本研修会の全課程を修了した医師及びコメディカル等医療従事者には、厚生労働省健康局長より修了証書が交付されます。
- 本研修会（集合研修）への参加には事前にe-learningを修了していただくことが必要となりました。
PEACE projectのHP（<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>）へアクセスし、受講してください。受講が終了しましたら、ご自身にて修了証の発行をお願いします。