**（フリガナ）**

**済生会下関総合病院緩和ケア研修会参加申込書**

**氏　名**

**年　齢　　　　　　　　　　　医籍登録番号（医師のみ）**

**施設名・所属**

**職　種　　　　　　　　　　　　　　　役　職**

**郵便番号**

**住　所**

**電話番号**

**FAX番号**

**臨床経験　　　　　　　　　　年　　　緩和医療　　　　　　　　　　年**

**E-mail**

**研修終了後、厚労省および当院ＨＰでの氏名及び所属の公開 【 可 ・ 否 】**

**（可・否のどちらかに○をしてください）**

**＊お申し込みの際は、「e-learning」の修了証も必ず添付してご提出下さい。**

**＊受講決定者には、開催２週間前までに受講に関する詳細を送付いたします。**

**開催２週間前を過ぎても案内が届かない場合はご連絡ください。**

**＊締め切りは２０２４年１０月３１日（木）となっております。ご注意下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| **【お問い合わせ】** | |
| **山口県済生会下関総合病院** | |
| **緩和ケア研修会事務局　　担当：青木・渡辺** | |
| **ＰＨＳ** | **:　３５９４・３９２４** |
| **E－mail** | **:**[**kikaku01@simo.saiseikai.or.jp**](mailto:kikaku01@simo.saiseikai.or.jp)  **soumu05@** **simo.saiseikai.or.jp** |
|  |  |