

送信先:十和田市立中央病院 医事課:気田 行

FAX:0176-21-1215 ※9月19日までにお申し込みください。

令和5年度「十和田市立中央病院 緩和ケア研修会」 参加申込書

※e-learning 受講修了時に発行される「e-learning 修了証書」のコピーを必ず貼付しお申し込みください

ふりがな 氏 名		性別	男・女
生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)		
職 種	医師 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士 管理栄養士 臨床心理士 MSW その他( )		
	経 験 年 数 年 *初年を1年と数えて下さい		
	(うち がん診療経験年数 : 年 )		
	(うち 緩和ケア経験年数 : 年 )		
	(うち オピオイド処方に関する経験 : 有 ・ 無 )		
	医 籍 登 録 番 号	※この欄は医師の方のみご記入ください。	
勤 務 先	名 称:		
	所属科:		役職
	〒 -		
	住 所		
	電 話 - -		
個人連絡先	電 話(携帯等の緊急連絡先) *当日未出席の場合、確認等のために使用します		
参 加 日	10月28日(土)		
ワークショップ形式の研修会参加の経験	有 ・ 無		
ロールプレイの経験	有 ・ 無		
※研修会修了者名の公表 ※厚生労働省や県ホームページに氏名・所属科が公表されることがあるため、ご同意いただく必要があります。右欄に☑をお願いします。	※ <input type="checkbox"/> 公表について同意します <input type="checkbox"/> 公表について同意いたしません		

※研修期間中は、原則として途中退席は認められませんのでご注意ください。

(研修修了に必要な単位を与えることができません)