

送信先：十和田市立中央病院 医事課：気田 行

FAX：0176-21-1215

※11月7日までにお申し込みください。

令和7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	11月29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。			※ ☐公表について同意します ☐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）