

&lt;送付先&gt;

公立甲賀病院 診療支援課 (FAX: 0748-63-0458) あて

## 平成27年度滋賀県緩和ケア研修会(第6回公立甲賀病院会場)受講申込書

開催日: A研修 平成28年3月6日(日)

B研修 平成28年3月13日(日)

施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師 ・ 医師以外( )
医籍登録番号 薬剤師名簿登録番号 看護師籍登録番号等	昭和・平成 年 月 日 第 号
職名	
(ふりがな) 氏名	<u>※修了証書の氏名になりますので楷書で正確にご記入ください。</u>
修了した場合 氏名及び所属を 公開することの本人の同意	同意する ・ 同意しない
生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
臨床経験((本年度)年4月1日現在)	年
連絡先(電話番号)	
書類等送付先住所	〒
メールアドレス	<u>※分かりやすくご記入ください。</u>

単 位 型 研 修	A研修 : 3月6日(日)	B研修 : 3月13日(日)	
希望の研修に○を つけてください	A・B研修ともに希望	A研修のみ希望	B研修のみ希望
注)他の会場でA研修またはB研修の受講済みの方は、受講証明書(写)を添付してください。			

- ※1 当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。
- ※2 申込書はお一人1枚です。
- ※3 受講決定者には研修会開催日の概ね10日前にメールアドレス宛てに受講決定通知書を送付します。プリントアウトし、当日ご持参ください。(携帯端末の場合は画面を表示してご提示ください。)メールアドレスをお持ちでない場合は、FAX番号をご記入ください。
- ※4 申込受付期間: 平成28年1月20日(水)から平成28年2月15日(月)