

<送付先>

公立甲賀病院 診療支援課 (FAX: 0748-63-0458) あて

平成29年度滋賀県緩和ケア研修会(第9回公立甲賀病院会場)受講申込書

開催日: A研修 平成30年3月3日(土)

B研修 平成30年3月4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(平成29年4月1日現在)	年	
連絡先(電話番号・FAX番号)	電話:(携帯 ・ 自宅 ・ 職場)	FAX:(自宅 ・ 職場)
修了証書等 書類の送付先住所	〒	
申込受付報告・受講決定通知等 連絡用のメールアドレス	<u>※メールでの連絡となります。分かりやすくご記入ください。</u>	

単位型研修	A研修: 3月3日(土)	B研修: 3月4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日前に受講決定通知書を送付します。
受講決定通知を受けていない方は研修を受けていただくことができませんのでご留意願います。
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。)
- ※4 申込受付期間: 平成30年1月15日(月)から平成30年1月31日(水)