

**第7回 中国労災病院  
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会参加申込書  
(医師用)**

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

※厚生労働省からの修了証に使用しますので楷書でお書き下さい

生年月日 年 月 日 (才) 医籍登録 年 月 日 第 号

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療の経験 \_\_\_\_\_ 年

施設名・所属 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

住所(所属施設) 〒 \_\_\_\_\_

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号(研修会当日に連絡がつく電話番号の記載をお願いします)

勤務先: \_\_\_\_\_ 自宅: \_\_\_\_\_ 携帯電話: \_\_\_\_\_

E-mail アドレス: \_\_\_\_\_

※ 個人情報に関しまして、研修会修了後に本紙は裁断破棄させていただきます。

研修修了後、厚生労働省ホームページでの修了者氏名公開 ( ) 可・( ) 不可

ログインID \_\_\_\_\_ (e-learning 登録時に設定した ID)

緩和ケア研修会は「e-learning」と、「集合研修」とで構成されます。

集合研修の受講には、e-learning 修了証書が必要となります。

**本申込用紙と共に e-learning 修了証書を併せて、1月28日(月)までに、  
FAX: 0823-74-0371 へ、返信していただきますようお願いいたします。**

**締切日 平成31年1月28日(定員になり次第締め切ります)**

お申込み受付後は、受付確認のFAX又はE-mailをお送りします。1週間以内に届かない場合には、お手数ですが下記までご連絡ください。

【問い合わせ】

〒737-0193 広島県呉市多賀谷1丁目5番1号

独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院

担当: 総務課 渡邊 E-mail: shomu-4@chugokuh.johas.go.jp

TEL: 0823-72-7171 (内線606)