

- ・大崎市民病院 患者サポートセンター地域医療連携室 行
- ・ F A X 番号 : 0229-24-3005

## 第 90 回 宮城県緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

開催日：令和元年 7 月 13 日（土）

所属医療機関名（施設名）		
診 療 科		
職 名		
職 種		医 師 ・ 歯科医師 ・ その他（                    ）
フリガナ		
氏 名		
医籍登録番号 * 歯科医師は歯科医籍登録番号		
医師・歯科医師等の経験年数		年                    月
がん等診療の経験年数		年                    月
e-learning ID		* e-learning 修了証書を添付してください。
連絡先	住 所	〒                    ー  (施設・自宅) どちらかに○をつけてください。
	電話番号	
	ファクシミリ	
	メールアドレス	
研修会修了後、氏名・所属・所属課を公開することの同意		同意します                    同意しません

- \* 連絡先には、受講決定通知、修了証書の交付、その他確認事項があった場合に連絡いたします。
- \* 申込書受理後、7日以内にメール又はファクシミリで受け取り通知を送付いたします。
- \* 収集した個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。

◆集合研修修了後、ポストアンケートを実施しますので、受講時には e-learning パスワード及びパソコン又はタブレット、スマートフォンのいずれかをお持ちください。難しい場合は、主催病院担当者に御相談ください。