**彩の国東大宮メディカルセンター**

**2018年度 緩和ケア研修会受講申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申し込み年月日** | **西暦　　　　年　　　月　　　日** | **性別** | **男　　女** |
| **ふりがな** |  | **年齢** | **歳** |
| **氏名**  **(楷書)** |  | **生年月日** | **昭和　 平成　　　年**  **(西暦　　　　年)　　　月　　　日** |
| **e-learning**  **受講者ID** |  | **e-learning**  **修了証書交付日** | **西暦　　　　年　　 　月　　　日** |
| **職種** |  | **医籍登録番号**  **(医師・研修医)** | **第　 　　　　　　　　　　　号** |
| **役職** |  | **臨床経験年数** | **年** |
| **診療科** |  | **緩和経験年数** | **年** |
| **所属医療機関**  **住所** | **〒** | | |
| **所属医療機関**  **TEL** |  | | |
| **所属医療機関**  **FAX** |  | | |
| **e-mailアドレス** |  | | **＊添付文書が開ける媒体** |
| **連絡先TEL** |  | | **＊研修当日つながる電話番号** |
| **その他**  **質問事項等** |  | | |

**彩の国東大宮メディカルセンター**

**がん相談支援センター　緩和ケア研修会事務局**