FAX：029-858-2773　総務課 行

令和6年度　茨城県緩和ケア研修会参加申込書

※以下の情報は、茨城県および厚生労働省に情報提供いたしますので、予めご承知ください。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏 名 | ◆氏名は必ず医籍・歯科医籍登録されている字体でご記入ください。 |
|  |
|  |
| 職 種（○印をつけてください） | 医師　 歯科医師 　薬剤師　 看護師　 理学療法士　 作業療法士その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医籍・歯科医籍登録番号（医師・歯科医師のみ） | 第　　　　　　　　　号 |
| 資格取得後年数 | 年　　カ月 | がん診療従事年数 | 年　　カ月 |
| 専門分野／経験年数（グループ分けの参考にします） | ／ |
| 所 属 施 設 | 施設名／所属先 | ／ |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号（必須） |  |
| 携帯電話番号（必須）（中止連絡等に使用します） |  |
| ＦＡＸ番号（必須） |  |
| Ｅメールアドレス（必須）（中止連絡等に使用します） |  |
| 茨城県医師会の加入 | 非会員　　／　　会員　　⇒　所属群市医師会名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 研修修了後、国及び茨城県が貴殿の氏名及び施設名・所属先を公開することについてご承諾いただけますか（○印をつけてください） | 承諾する　　　　　承諾しない |
| e-learning 受講状況（○印をつけてください） | 修了済み　　　　未修了 |

研修会7日前までにe-learningを修了し
e-learning修了証書を提出してください**（正式申込み）**

e-learning 修了証書と申込書を一緒に

提出してください**（正式申込み）**

申込書を提出してください**（仮申込み）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会 場 | 開催日 | 申込期限 |
| 筑波メディカルセンター病院　TMCホール | 10月20日（日） | 9月27日（金） |

提出先：総務課までご提出ください　　　担当：総務課　青木