市立奈良病院　地域医療連携課　「緩和ケア研修会事務局」行

FAX：0742-24-1259　H30年6月22日（金）17時必着

**※本申込書と「e-learning修了証書」を併せてFAXしてください。**

**「第65回　まほろばPEACE緩和ケア研修会集合研修」**

**集合研修　参加申込書（7/22開催）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 |
| 氏　名 | ※修了証書に使用しますので楷書でご記入ください | | | | | |
| 年　齢 | | |  |
| 住　所 | 〒　　　－  （勤務先・自宅）  ※受講決定通知および修了証書の郵送による確実な連絡先をご記入ください | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ | |  | | | | |
| 緊急連絡先 |  | | | | | | | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | がん診療経験 | | | 年 | | |
| 医療機関名 |  | | | | オピオイド処方経験 | | | | | |
| 所 属 科 |  | | | | 無し 1-5例 6-10例 11例以上 | | | | | |
| 職 種 | □ 医師  □歯科医師 | **（医籍登録番号　第　　　　 　　号）** | | | | | | | | |
| □その他 | （　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| e-learning修了年月日  （修了証書交付日） | | | 年　　月　　日  集合研修開催日より2年以内であること | | | | | | | |
| ※必ず、印刷した「e-learning修了証書」を一緒に提出してください。 | | | | | | | | | | |
| お食事（弁当）の予約  （お弁当代金は研修当日受付時にいただきます） | | | 昼食　１，０００円 | | | | | | 要 ・不要 | |
| 研修修了後、厚生労働省・奈良県HPでの氏名および所属・所属科等の掲載 | | | | | | | | | 可 ・不可 | |

※　定員を超えた場合は、地域性、がん診療連携拠点病院勤務者、経験等を考慮して選考を行います。

※　受講の可否については、7月5日頃までに郵送にてお知らせします。

　　連絡が無い場合はお手数ですが事務局までお問い合わせ下さい。

※　お申込みいただいた皆様に関する個人情報は、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用するこ

とはありません。