

令和3年度 鹿児島医療センター緩和ケア研修会参加申込書 (医師用)
「R4年1月8日開催」 (鹿児島医療センター 経営企画室 担当：早川 宛)

ふりがな ()

氏名： _____ (男・女)

所属： _____

役職名： _____、主たる診療科

住所： 〒 _____

医師としての臨床経験年数： _____ 年

連絡先住所： 〒 _____

(上記住所と異なる場合)

電話番号： _____

E-mailアドレス： _____

(今後の連絡は、メールで行いたいと思いますので確実に連絡のとれるアドレスをご記入ください。なお、申込み頂いて1週間前後で受講確認書を送付いたします。届かない場合は、受付されていない可能性がありますので電話連絡下さい。)

e-learning受講状況： ①修了済み ・ ②未修了

① 修了済の方は、修了証書を添えてFAXしてください。

② 未修了の方は、今後受講の上12月13日までに修了証書をFAXしてください。

※ 12月13日時点で修了証書の提示がない場合、今回の参加をお断りすることとなります。

修了者として氏名および所属を公開することの同意 (可・否)

(厚生労働省へ研修会終了報告の際、公開の可否の報告が義務付けられています)

今後、鹿児島県内で開催される緩和ケア研修会への協力者としての参加の可否

(可・否)

お弁当 (1,000円/日) 1月8日 (要・不要)

※ 11月19日(金)までにファクシミリ(099-226-9246)にてお申し込み下さい。

※ 申込者多数の際は、当方で受講者を決定し、受講の可否につきましてご連絡申し上げます。なお、今回受講ができないこともありますのでご容赦ください。