第５回中東遠総合医療センター緩和ケア研修会（集合研修）

参加申込書

（2024年９月28日（土）開催）

下記空欄に記入のうえ、e-learning修了証書を添えて提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | （　　　　　歳）　男　・　女　 |
| 所属施設 |  |
| 施設住所 | 〒 |
| 施設電話番号 |  |
| 施設FAX番号 |  |
| 本人電話番号 |  |
| 連絡先E-mailアドレス |  |
| 職種 | ・医師（診療科：　　　　　　　　　　　）・看護師・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 経験年数 | 年 |
| 医籍登録番号（医師のみ） |  |
| 医療用麻薬の使用状況 | ・使用しない　　・時々使用する　　・頻繁に使用する |
| e-learning修了証書ID |  |
| e-learning修了証書交付日 | 西暦　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

【申込先】中東遠総合医療センター　経営戦略室　宛

TEL　 0537-21-5555（代表）

FAX　 0537-28-8971（代表）

MAIL　keieisenryaku@chutoen-hp.shizuoka.jp