

済生会中和病院 緩和ケア研修会事務局（がん相談支援センター）行  
FAX：0744-43-6625 ※12月25日（水）17時必着

「参加申込書（本紙）」及び「e-learning 修了証書」を上記までFAXしてください。

## 「令和6年度まほろばPEACE緩和ケア研修会」集合研修 参加申込書

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	才
住所	〒 ー (勤務先・自宅) ※受講決定通知及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 (当日繋がる連絡先)			
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	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他	(医籍登録番号 第 号) ( )	
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
<u>※必ず、印刷した「e-learning 修了証書」を一緒に提出してください。</u>			
研修修了後、厚生労働省および奈良県ホームページでの氏名、医籍登録番号、所属、所属科および職種の公開の可否 * 病院 HP での氏名・所属・所属科の掲載（済生会中和病院に所属する医師の場合）	可・不可		

- ※ 定員になり次第、締め切ることがあります。なお、定員を超えた場合は、職種、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、令和7年1月15日（水）までに郵送にてお知らせします。連絡が無い場合はお問い合わせください。(0744-43-5001（代表）緩和ケア研修会事務局)
- ※ お申込みいただいた皆様に関する個人情報、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。