**令和６年度静岡県立総合病院緩和ケア研修会　参加申込書**

申込日　令和６年　　　月　　　日

以下の必要事項を御記入のうえ、**本申込書、ｅ-learning修了証書を10月25日（金）**までにメールにて御提出ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | 年齢 | | 性別 |
| **氏　名** |  | |  | | 男　・　女 |
| **所属医療機関名** |  | | | | |
| **医籍登録番号** | 番号：　　　　　　　　（Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日　取得） | | | | |
| **所属診療科**  **（所属部署）** |  | | | | |
| **フリガナ** |  | | | | |
| **自宅住所** | 〒　　　　－ | | | | |
| **電話番号** |  | | | | |
| **メールアドレス** | ＠ | | | | |
| **臨床経験** | 年 | **緩和医療**  **経験年数** | | 年 | |
| **研修修了後の厚労省ＨＰでの氏名公開** | （医師のみ）どちらかに○を付けてください  可　　　　　　不可 | | | | |
| **ｅ-learning**  **受講状況** | **ｅ-learning修了年月日**  西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| **ｅ-learning ID** | | | | |

**送付先：静岡県立総合病院　医事課**

**メール：**sougou-iji@shizuoka-pho.jp

**※ｅ-learning修了書を添付してください。**