**静岡県立総合病院**

**緩和ケア研修会　参加申込書**

申込先　静岡県立総合病院　医事課（鈴木）

　　　　ＦＡＸ：０５４－２４７－６１４０

　　　　メール：sougou-iji@shizuoka-pho.jp

申込日　　　年　　　月　　　日

以下の必要事項を御記入のうえ、上記申込先までＦＡＸ、又はメールでお申込みください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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　　　年　　　月　　　日　取得） |
| **所属診療科** |  |
| **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 |
| **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 |
| **参加希望日** | 参加希望日に○を付けてください・両日とも参加　　　　　・10/６のみ参加　　　　　・10/７のみ参加 |
| どちらか１日のみの参加の場合は、その理由を御記入ください。（都合が合わない、既に受講済、他院で受講予定等） |

※参加費は１日あたり１，０００円となります。（食事代を含む）当日受付にてお支払願います。