**緩和ケア研修会参加申込書（医師・歯科医師）**

主催：山口大学医学部附属病院　　共催：都志見病院

令和5年11月18日（土）　山口大学医学部附属病院　A棟1階大講義室（オーディトリアム）

ふりがな

氏名　：

年齢　：　　　　　　　　　　歳　（申込時点）　　　　　卒業年度　：

医籍登録番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　e-learning受講者ＩＤ

住所 （　施設　・　自宅　）　※受講決定通知・修了証を送付するために必要です。

〒

※当日連絡可能な連絡先（ケータイ番号）をご記入ください

電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号　：

E-Mail ：

施設名・所属　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職　：

臨床経験年数　　　　　　年　　　　　　緩和医療経験　　　　　　　　　年

研修会修了後、厚労省、県、本院等ＨＰにおける氏名及び所属機関診療科名の公開について　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　可　・　不可

※研修会を申し込むには、e-learning修了証が必要です。参加申込書と一緒にご提出ください。（e-learning修了証の有効期限はe-learning修了証発効日から2年間と定められています。ご注意ください。）

※受講決定者には、受講決定通知書を送付いたします。開催２週間前を過ぎて受講決定通知書が届かない場合はご連絡ください。

※ロールプレイの演習の都合上、受講のキャンセルはご遠慮いただきますようお願いいたします。やむをえずキャンセルされる場合は、速やかに事務局へご連絡ください。

〒755-8505

宇部市南小串1-1-1

山口大学医学部附属病院　緩和ケアセンター事務局（担当：三上）

[TEL : 0836-85-3070](TEL:0836-85-3070) 　FAX: 0836-85-3071

E-mail : y-kanwa@yamaguchi-u.ac.jp