**山口大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書**

平成29年11月11日（土）～12日（日）の2日間

ふりがな

氏名　： 　　　　　　　 　　　※**楷書**でご記入ください。

年齢　：　　　　　　　　　　歳　（申込時点）　　　　　卒業年度　：

医籍登録番号　：

住所 （　施設　・　自宅　）

〒

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

※受講決定者には、開催２週間前までに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、早め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 FAX：0836-85-3071

E-mail： y-kanwa@yamaguchi-u.ac.jp