**緩和ケア研修会参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | |
| **氏　名** |  | | | | | |
| **年　齢** | **歳** | | **性別** | | |  |
| **職　種** | **・医師　　　・歯科医師　　　・薬剤師　　　・看護師　　　・その他（　　　　　　　）** | | | | | |
| **e-learning ID** |  | | | | | |
| **所属医療機関名** |  | | | | | |
| **所属診療科（所属部署）** |  | | **役職** | |  | |
| **職種に対する経験年数** | **年目** | | **緩和医療経験年数** | | **年目** | |
| **医籍登録番号**  **（医師・歯科医師の方のみ記入）** | **第　　　　　　　　　　　　　　　　　　号** | | | | | |
| **修了証送付先**  **※山口大学医学部附属病院に在籍の方は、原則学内便にてお届けします。** | **※どちらか選択**  **・所属施設**  **・自宅**  **・学内便** | **〒** | | | | |
| **連絡先** | **TEL** | ※当日連絡可能な連絡先（ケータイ番号）を記入してください。 | | | | |
| **E-mail** | ※受講決定通知の送付、研修のご案内をお送りいたします。 | | | | |
| **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** | | |

令和7年11月22日（土）　山口大学医学部　医明館3階講義室

|  |  |
| --- | --- |
| **ご記入後は、e-learning修了証を添えて、E-mailまたはFAXにてご送付ください** | |
| **E-mail : y-kanwa@yamaguchi-u.ac.jp**  **FAX : 0836-85-3071** | 〒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) |

【注意事項】

※受講決定者のご連絡は、令和7年10月10日までに申込書に記載いただいたメールアドレスにお送りいたします。連絡がない場合はご連絡ください。

※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。