

## 嬉野医療センター緩和ケア研修参加申込書

(研修会主催責任者)

独立行政法人国立病院機構

嬉野医療センター院長 河部 庸次郎 殿

|                 |           |     |
|-----------------|-----------|-----|
| 氏名 ※1           | (ふりがな)    | 性別  |
|                 |           | 男・女 |
| 生年月日            | 年 月 日 生   |     |
| 住所 ※2           | 〒         |     |
| 電話 ※2           |           |     |
| E-Mail ※2       |           |     |
| 所属医療機関名         |           |     |
| 職名              |           |     |
| 所属科<br>(医師のみ)   |           |     |
| 医籍番号            |           |     |
| e-learning修了 ※3 | 修了済 ・ 未修了 |     |
| e-learning ID   |           |     |
| 修了後の公開 ※4       | 可 ・ 否     |     |

※1) 本紙をもとに修了証書等を準備しますので、氏名は略字ではなく、正式な漢字等で記入して下さい。  
また、必ずふりがなの記入をお願いします。

※2) 住所は、研修修了後の修了証書等送付する際の住所をご記入いただきますようお願いいたします。  
電話・E-Mailにつきましては、受講者本人に連絡が取れるものをご記入ください。

※3) **e-learningを修了**されている方は修了証書を添付して申込頂きますようお願いいたします。  
申込時に**e-learningが未修了**だった方が、e-learningを修了しましたら、下記メールに修了証書を送信してください。**修了の確認できましたら正式に受講受付**となります。

※4) 研修修了後、氏名及び所属等がホームページ等で公開される場合がありますが、このことに対し本人の同意の可又は否のいずれかに○を記入して下さい。

**申込締切は令和2年1月6日(月)**ですが、定員になりましたら締め切らせていただきます。

今回提出していただいた個人情報は、本研修会の目的以外には利用しません。  
また、提出者の同意がない限り第三者に提供いたしません。

担当 嬉野医療センター 管理課 庶務班長 原

電話 0954-43-1120(内線3110)

FAX 0954-42-2452

E-Mail hara.hidenori.tq@mail.hosp.go.jp