

嬉野医療センター緩和ケア研修会参加申込書

(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 力武 一久 殿

氏名	(ふりがな)	性別
		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 生	
修了証送付先住所	〒	
連絡先(電話番号)		
E-Mail		
所属医療機関名		
職名		
所属科 (医師のみ)		
医籍登録番号		
e-learning	修了 ・ 未修了	
e-learning ID		
修了した場合 氏名及び所属を公開 することの本人の同意	同意する ・ 同意しない	

- ※1 修了証書を発行する際に使用しますので、氏名は略字ではなく、正式な漢字等で記入して下さい。
- ※2 修了証送付先住所は修了証を必ず受領できる住所(所属等を含む)を記入して下さい。
- ※3 集合研修申込みにあたっては、**e-learning修了証書を添付**して下さい。
申込時にe-learning未修了であった方については、e-learning修了後、下記担当宛て速やかに修了証書を提出してください。**修了証書の確認ができた段階で正式に受講受付となります。**
- ※4 研修会を修了した場合には、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。
- ※5 **申込締切は令和4年 1月 4日(火)**ですが、定員に達した段階で締め切らせていただきます。
- ※6 今回提出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しません。

【申込み・照会先】

〒843-0393

佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿甲4279番3

独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター

管理課 庶務班長 原

TEL 0954-43-1120(内線3110)

FAX 0954-42-2452