

送信先：FAX番号 (0824) 65-0159 直通

市立三次中央病院 平成29年度「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」参加申込書

当院主催の緩和ケア研修会に参加希望される方は、名前等をご記入のうえ、平成29年6月23日(金)までにFAXまたは郵送にてお申し込みください。

【病院・施設名・所属科】 _____ 【連絡先 TEL】 _____ 【FAX】 _____

ふりがな 名前 (生年月日)	医籍登録年月日 (医師・歯科医師のみご記入ください。)	医籍登録番号 (医師・歯科医師のみご記入ください。)	出席		研修終了後、氏名及び所属 の公開の可否について
			7/8 (土)	7/9 (日)	
(例) みよし たろう 三次 太郎 (S) H 30年1月1日	昭和 平成 58年4月30日	第 1 2 3 4 5 6 号	○	○	可 ・ 否
(S . H 年 月 日)	昭和・平成 年 月 日	第 号			可 ・ 否
(S . H 年 月 日)	昭和・平成 年 月 日	第 号			可 ・ 否
(S . H 年 月 日)	昭和・平成 年 月 日	第 号			可 ・ 否
(S . H 年 月 日)	昭和・平成 年 月 日	第 号			可 ・ 否

1. 本研修会は単位型の研修会として開催し、全単位取得者には厚生労働省健康局長より修了証書（医師・歯科医師）が交付されます。途中退席では交付されません。
2. 一部単位未取得の場合は、未取得部分を他のがん診療連携拠点病院が開催する当該研修会、または、次年度当院で開催(予定)の研修会で受講した時点の修了証書の発行となります。
3. グループワークのグループ編成の都合上、出席はできるだけ2日通しての出席をお願いしますが、都合によっては1日のみのご出席も可能です。
「出席」欄に出席=○、欠席=×印を記入してください。
4. 昼食（お弁当など）は各自で手配をお願いします。（研修会場内での飲食は可能です。）
5. 宿泊が必要な方は、各自で手配をお願いします。（事務局では宿泊の斡旋はしませんのでご了承ください。）

*本個人情報、県への報告・修了証書のために使用し、それ以外の目的には使用いたしません。