みやぎ県南中核病院　医事課　行き

ＦＡＸ:0224-51-5525　　　　メールアドレス：j-ijika@southmiyagi-mc.jp

**第９４回　宮城県緩和ケア研修会　集合研修参加申込書**

開催日：2019年10月12日　（土）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属医療機関名（施設名） |  |
| 診療科 |  |
| 職　　　　名 |  |
| 職　　　　種 | 医　師　・　歯科医師　・　その他（　　　　　　　） |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 医籍登録番号＊歯科医師は歯科医籍登録番号 |  |
| 医師・歯科医師等の経験年数 | 年　　　　　カ月 |
| がん等診療の経験年数 | 年　　　　　カ月 |
| e-learning　ID | **＊e-learning修了証書を添付してください。** |
| 連絡先 | 住　　所 | 〒　　　－（ 施設 ・ 自宅 ）どちらかに○をつけてください。 |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ |  |
| メールアドレス |  |
| 研修会修了後，氏名・所属・所属課を公開することの同意 | 同意します　　　　　同意しません |

＊連絡先には，受講決定通知，修了証書の交付，その他確認事項があった場合に連絡いたします。

＊申込書受理後，７日以内にメール又はファクシミリで受け取り通知を送付いたします。

＊収集した個人情報は，本研修会以外の目的には使用いたしません。

**◆集合研修修了後，ポストアンケートを実施しますので，受講時にはe-learningパスワード及びパソコン又はタブレット，スマートフォンのいずれかをお持ちください。**

**（病院のパソコンをお貸しできますが台数に限りがございます。）**