

# 岡山県緩和ケア研修会(倉敷中央病院主催) 2018年度参加申込書

開催日：【第14回】2018年10月6日(土)  
 【第15回】2018年10月27日(土)

会場：倉敷中央病院(倉敷市美和1-1-1)  
 申込締切：2018年9月14日(金) 必着

■以下の必要事項をご記入ください。

【申込みする開催回】 \*お申込みされる開催回を選択ください。

開催回	<input type="checkbox"/> 第14回(2018年10月6日) / <input type="checkbox"/> 第15回(2018年10月27日)
-----	--

【受講者情報】

ふりがな			
氏名			
職種	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他の職種 ↓職種を記入ください。 ( )		
(ふりがな) e-learningログインID(受講者ID)			
生年月日(西暦)			
性別	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女		
現在の勤務先	臨床経験年数		
役職名	緩和ケア経験年数		
勤務先の住所	〒	TEL番号	
		緊急連絡先 TEL(任意記入)	
		FAX番号	
(ふりがな) E-mailアドレス			
案内状を上記E-mailで受信不可の場合	*案内状PDF(600KB程度)を上記E-mailアドレスへお送りします。PDFを受信できない場合は、別の受信可能なE-mailアドレス又は希望の送付方法(郵送、FAX、ファイル転送システム利用など)と送付先を記入ください。		
研修修了後、厚生省及び岡山県ホームページでの氏名・所属施設・所属科の公開について、同意する場合は「可」、同意しない場合は「不可」を選択ください。	<input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可		
診療科名	*医師・歯科医師のみ記入	医籍登録番号(歯科医籍登録番号)	*医師・歯科医師のみ記入
所属・専門	*その他の職種のみ記入	職員番号	*倉敷中央病院所属の方のみ記入

\*「氏名」は厚生省からの修了証書に印字するため、楷書で丁寧に記入ください。  
 \*「経験年数」は概数で結構です。  
 \*ID、E-mailは英数字・記号が判別できるよう丁寧に記入ください。当該ふりがなは、手書きや紙提出の場合は可能な範囲で記入ください。

【!】e-learning修了証書(PDF等データまたは印刷物)もご提出ください。

ログインID(受講者ID)  
 交付日 ※開催日から2年以内であることをご確認ください。  
 (証書番号)

【緩和ケア研修会修了証書の送付先】

修了証書の交付は、集合研修の1~2か月後頃になります。院外の受講者へは簡易書留など対面受取形態で発送予定です。上記勤務先に送付の場合は、住所欄に『同上』と記入ください。(交付時期に退職や転居予定で発送前に確認連絡を希望されるなどの留意点があれば備考欄に記入ください。)

送付先住所、所属等宛名	〒		
(ふりがな) E-mailアドレス			
TEL番号	備考		

■お問い合わせ・申込先

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 経営企画部 西山・妹尾  
 〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1 E-mail: kanwakeakenshu@kchnet.or.jp  
 部署直通TEL: 086-422-9277 / FAX: 086-422-6434