**≪第１０回恵佑会札幌病院緩和ケア研修会　参加申込書≫**

**〆切：12/25(月)**

**FAX：０１１－８６３－５６６６**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | (　　　)歳  ※厚労省からの修了証に記載されます。正しい字で、楷書でお書きください。 |
| 施 設 名 |  |
| 所属部署 |  |
| 職　　種 | 医　師　　・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 医籍登録番号 (医師・歯科医師のみ) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年 | 緩和ケア経験年数 | 年 |
| がん診療経験年数 | 年 | がん患者への麻薬使用経験 | 有　・　無 |

※研修会グループ分けに用いますので、必ずご記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設(勤務先)住所 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 緊急連絡先(携帯電話等) |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

※研修会に関するご連絡に用いますので、必ずご記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 修了証書送付先  ※上記住所と異なる場合に  ご記載ください | 住　所：〒　　－    施設名：  ＴＥＬ:（　　　　　　）　　　　－ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修終了後厚生労働省HPでの氏名公開  （医師・歯科医師のみ） | 可　　・　　否 | |
| 昼　食［弁当+お茶］  （ご希望の場合に〇をつけて下さい） | 1,000円  3/24（土）：A課程 | 1,000円  3/25（日）：B課程 |
| 受講を希望する課程  （医師・歯科医師のみ） | A･B課程の一括受講・A課程のみ・B課程のみ（注） | |

（注）:医師・歯科医師はA・B課程を分けて受講できます。ただしB課程の受講にはA課程受講証明書の提示が必要です。

記入漏れがないかご確認のうえ、上記ＦＡＸ番号へご送信ください。



**社会医療法人恵佑会札幌病院　地域医療連携室**

〒003-0027　札幌市白石区本通１４丁目北１－１

TEL 011-863-8800（直通）　FAX 011-863-5666(直通)

企画責任者：　副院長　西田靖仙、　事務局：　事務次長　真鍋聡

ご質問等は、E-mail ks-renkei@keiyukaisapporo.or.jp までお願い申し上げます。