様式８（医師・歯科医師）

（大牟田市立病院　緩和ケア研修会担当　宛）

緩和ケア研修会　集合研修参加申込書

病院名（施設名）		所属（診療科）	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
性別	男性　・　女性	年齢	歳
ふりがな			
氏名 （医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします）			
連絡先 （こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください）			
TEL(携帯電話)			
FAX			
E-mail ※申込受付後、受付メールを右記アドレスに送付します。			
e-learning　修了証書 ※注1）e-learning修了証書の交付日が集合研修日（2023.9.2）以前２年以内であること。 ※注2）e-learning修了証書の添付が必要です。	e-learning ID　： e-learnig修了証書交付日　：　西暦　　年　　月　　日		
修了証書送付先住所 （必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします）	〒		
修了証書送付先住所を福岡県にお知らせすることについて御承諾いただけますか。	・承諾します　　・承諾しません		
研修会終了後、国及び福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。	・承諾します　　・承諾しません		
お弁当の申込み(約1,000円を予定) 当日現金で代金を頂戴いたします。	要　・　不要		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。	・希望します　**※生年月日＜　　年　月　日＞**　・希望しません		

～注意～
●緩和ケア研修会の修了証書がお手元に届くまでに2，3か月を要する場合があります。
●e-learningサイト用のIDとパスワードはポストアンケート実施時にも必要です。
●当院では、9月2日(当日）会場内に於いて、集合研修とポストアンケートを修了された方に限り修了証書発行となります。
●申込受付後、受付メールをお送りします。申込後1週間を過ぎても事務局から連絡がない場合は、お手数ですが下記問合せ先までご連絡ください。
詳細な申し込み方法等については当院ホームページをご覧ください。

募集期間　：　令和5年5月8日（月）～7月31日（水）　必着

【郵送】 〒836-8567　福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番地1
大牟田市立病院　緩和ケア事務局　医事課　井手、中川

【TEL】　0944-53-1061　【FAX】 0944-52-4653　【E-mail】 iji@ghp.omuta.fukuoka.jp