**国保中央病院　地域支援センター　行き**

**FAX：0744-32-5999　　10月7日（水）17:00必着**

**「参加申込書」及び「e-learning修了証書」を上記までFAXしてください。**

**「第84回　まほろばPEACE緩和ケア研修会」集合研修**

**参加申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 性　別 | | | 男　・　女 |
| 氏　名 | ※修了証書に使用しますので楷書でご記入ください | | | | | |
| 年　齢 | | |  |
| 住　所 | 〒　　　　　－  （勤務先・自宅）  ※受講決定通知および修了証書の郵送による確実な連絡先をご記入ください | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | ＦＡＸ | |  | | | | |
| Ｅ-mail  （必須） |  | | | | がん診療経験 | | | 年 | | |
| 医療機関名 |  | | | | オピオイド処方経験 | | | | | |
| 所 属 科 |  | | | | 無し 1-5例 6-10例 11例以上 | | | | | |
| 職　種 | □ 医師  □歯科医師 | **（医籍登録番号　第　　　　　　号）** | | | | | | | | |
| □その他（ | ） | | | | | | | | |
| e-learning修了年月日  　（修了証書交付日） | | | 年　　　月　　　日  　　　（集合研修開催日より２年以内であること） | | | | | | | |
| ※必ず、印刷した「e-learning修了証書」を一緒に提出してください。 | | | | | | | | | | |
| 研修修了後、厚生労働省および奈良県HPでの氏名、医籍登録番号、所属、所属科及び職種の公開  ※病院HPでの氏名、所属、所属科の掲載（国保中央病院に所属する医師の場合） | | | | | | | | | 可 ・ 不可 | |

※　定員になり次第、締め切ることがあります。なお、定員を超えた場合は、地域性、がん診療連携拠点病院勤務者、経験等を考慮して選考を行います。

※　受講の可否については、10月16日（金）までに郵送にてお知らせします。

　　連絡が無い場合はお問い合わせ下さい。（0744-32-8800　　緩和ケア研修会担当）

※　お申込みいただいた皆様に関する個人情報は、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。