**山鹿市民医療センター緩和ケア研修会参加申込書**

**ふりがな**

**氏　名**　※修了証で使用しますので、楷書でお書きください

**年齢　　　　　　　　　歳**

**住所（　　施設　　・　　自宅　　）**　※どちらかに○を付けてください

**〒　　　　　－**

**電話番号（　　　　　　）　　　　　　　－　　　　　　　　　ＦＡＸ（　　　　　　）　　　　　　　－**

**施設名・所属**※所属部科までご記入ください

**職種　　　　　　　　　　　　　　　　　役職**

**医籍等登録番号　第　　　　　　　　　　　　号　　医籍等登録年月日　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日**

※医師の方のみ記入願います

**臨床経験　　　　　　　年　　　緩和医療経験　　　　　　　年**

**Ｅ-ｍａｉｌ**

**研修終了後、厚生労働省・熊本県ＨＰでの氏名公開　　　　　　可　　・　　不可**

※どちらかに○を付けてください

**ｅ－ｌｅａｒｎｉｎｇ修了証書ＩＤ**

**昼食のお弁当（当日1,000円徴収させていただきます）　　　　　要　　・　　不要**

※どちらかに○を付けてください

**＊ｅ－ｌｅａｒｎｉｎｇの修了証書の写しを添付のうえ郵送・持参・ＦＡＸの**

**いずれかでお申し込みください　　　ＦＡＸ　：０９６８－４４－００７１**

**締切　令和6年10月23日（水）**

【申し込み・お問い合せ先】

〒861-0593　 熊本県山鹿市山鹿511番地　　山鹿市民医療センター 地域医療連携室 担当：水田・西田

TEL　0968-44-3777　　　FAX　0968-44-0071　　　　E-mail：[hp-renkei@yamaga-mc.jp](mailto:hp-renkei@city.yamaga.kumamoto.jp)