<送付先> 大分赤十字病院 総務課：新宮 宛

（ FAX:097-533-1207 / E-MAIL: soumukikaku@oita-med.jrc.or.jp ）

**大分赤十字病院 緩和ケア研修会 受講申込書**

開催日：令和7年7月6日（日）　　申込締め切り：令和7年6月23日（月）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 令和７年　　　　月　　　　日 |
|  |  |
| e-learning受講者ID |  |
| e-learning修了年月日 |  |
| ※e-learningが修了していないと申込みできません。  受講申込書と併せて必ず「e-learning修了証書」のコピーを提出してください | |
| 施　　　設　　　名 |  |
| 診療科（所属）・職名 |  |
| 職　　　　　　　種 | 医師　・　医師以外（　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　医籍登録番号  □　薬剤師名簿登録番号  □　看護師籍登録番号等  □　その他（　　　　　　　　） | 昭和・平成・令和　　 年　　 月　 　日　第　　　　　　号 |
| ふ　り　が　な  氏　　　　　　名 |  |
| 研修を修了した場合、厚労省HPに氏名及び所属の公開に対する同意 | 同意する　　・　　同意しない |
| 生年月日（年齢） | 昭和 ・ 平成　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 所属医師会名 | 医師会 |
| 研修会当日に  連絡可能な連絡先 |  |
| 受講決定通知・修了書の　　送付先住所 | 〒 |
| メールアドレス | ＠ |
| 昼食の希望 | 希望する　　　　・　　　希望しない   * 「希望する」の場合、研修当日受付時に550円（予定）を頂きます |

※１　当該欄は、修了証及び修了報告で使用しますので、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※２　受講決定者には、研修会開催日の概ね2週間前までに受講決定通知をメールもしくは郵送します。