

開催日：令和6年10月20日（日）

令和6年 独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター
がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会

受講申込書

申請日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名	※医師免許に記載されている氏名を楷書でご記入ください。	年齢	歳 ※令和6年10月20日現在
住所	勤務先 ・ 自宅 〒 ※修了書等の送付先になりますので、必ず受領できる住所をご記入ください。		
TEL	※緊急時も含め連絡のつきやすい番号をご記入ください。		
FAX			
E-mail			
勤務先 (施設名)			
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 専攻医 (年目) <input type="checkbox"/> 研修医 (年目)		
専門科			
役職			
医籍番号			
臨床経験	年	緩和医療経験	年
e-learning ID		受講修了日	年 月 日
氏名・所属の 公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※可とされた場合、厚生労働省、埼玉県HPの修了者一覧に氏名と所属が掲載されます。		

※ 領収証を受講者氏名以外の宛名で発行ご希望の場合は、下記に希望の宛名をご記入ください。

領収証宛名	
-------	--

<申込方法> 受講申込書に緩和ケア研修会 e-learning 修了証(メールの場合はPDF化された電子データを添付、郵送の場合は原本を同封)を添えて、E-mail または郵送にて下記宛にお申し込みください。定員に達した場合は募集締切となります。

<申込先> 独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 緩和ケア研修会担当
〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和 4-9-3
TEL：048-832-4951 E-mail：kenshu@saitama.jcho.go.jp

※申込受付完了のご連絡は記載のメールアドレス宛にいたします。
当アドレスからのメールを受信できるように設定をお願いいたします。

総務企画課：佐々木・江原