

# 令和6年日本赤十字社長崎原爆病院緩和ケア研修会

## 参加申込書

下記内容を全てご記入の上、FAX またはメールにてお申し込みください。

申込期限は、令和6年8月30日（金）ですが、定員に達した時点で締め切りとさせていただきます。 e-ラーニングの修了証書及びIDも併せてご提出をお願いします。

申込日（            年            月            日）

ふりがな 氏名	*厚労省からの修了証書で使用しますので楷書でお書きください。		
生年月日	昭和・平成	年	月 日（    歳）
所属医療機関			
職種・診療科			
医籍登録番号 （医師のみ）			
連絡先 （職場・自宅） 該当するほうに○をつけて下さい。	〒		
	*修了証書の送付先としてご希望の住所をお書きください。		
	電話番号	FAX 番号	
	※当日連絡可能な番号をご記入ください		
メールアドレス			
臨床経験	年	緩和医療経験	年
研修修了後厚労省HPでの氏名公開 （医師のみ 該当するほうに○をつけて下さい。）	可 ・ 不可		
ノートパソコンまたはスマートフォンの持参 *ネット環境に繋がることができるもの	可 ・ 不可		

※参加費は無料です。

### 【お問い合わせ先】

〒852-8511 長崎市茂里町3番15号

日本赤十字社長崎原爆病院 診療情報課

TEL：095-847-1511（1257）

FAX：095-847-0911

メール：genbakubyouinshinryou1256@gmail.com