（第2案）

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