【院外用】　緩和ケア集合研修会　参加申込書

✿　申込締切　　令和４年１０月２１日（金）　１７時　✿

|  |  |
| --- | --- |
| ①勤務先名 |  |
| ②勤務先住所 | 　〒 |
| ③氏 名 | （フリガナ） |  | 性別 | 男　・　女 |
| 　 | 年齢 | 　　　　歳 |
| ④ 所属・職名 |  |
| ⑤ 専門分野 |  |
| ⑥ 医籍登録年月日　　 （医師） | 　昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ⑦ 医籍登録番号　　　(医師) | 　第　　　　　　　　　　号 |
| ⑧ 研修修了後、厚生労働省のＨＰでの氏名及び所属公開の可否 | 可　・　不可 |
|  ⑨修了証送付先（勤務先と同じ場合は記入不要） |  \*1　〒 |
| ⑩当日連絡可能な　　電話番号 |  |
| ⑪当日連絡可能な　　メールアドレス |  |

\*1 簡易書留の受け取れる送付先を記入してください。

※　研修会終了後に発行される修了証に使用しますので、漏れのないようにご記入ください。

※　記入された個人情報については、本研修以外の目的で使用することはありません。

**【当日の昼食について】**

お昼休憩は５０分です。JAビルは飲食物持ち込み不可のため、必要な方はお弁当一括

注文します。外食されてもかまいません。（但し時間厳守）

お茶付きお弁当を　　　　　　**□注文する　 　　□注文しない**

　（1000円位）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

　　(1,000円位を）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　