【院外用】　緩和ケア集合研修会　参加申込書

✿　申込締切　　令和７年１０月１７日（金）　１７時　✿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | （フリガナ） |  | 性別 | 男　・　女 |
| 　 | 年齢 | 　　　　歳 |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 所属 |  |
| 職種 |  |
| 専門分野 |  |
| 医籍登録年月日（医師・歯科医師のみ） | 　昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医籍登録番号(医師・歯科医師のみ) | 　第　　　　　　　　　　号 |
| 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(医師・歯科医師のみ) | 可 ・ 不可 |
| 修了証書送付先 | ★　〒 |
| 当日連絡可能な　　電話番号 |  |
| 当日連絡可能な　　メールアドレス |  |

**★ 修了証書を郵送しますので、簡易書留を受け取れる送付先を正確に記入してください。**

※　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。