



FAX : 0557-81-7553

## 緩和ケア研修会 参加申込書

R5 年度 国際医療福祉大学熱海病院 緩和ケア研修会に参加します

ふりがな

氏 名： \_\_\_\_\_

\*修了証（厚生労働省発行）で使用しますので、**楷書**で丁寧にお書きください。

年 齢： \_\_\_\_\_ 歳 性 別： \_\_\_\_\_

資格登録番号： \_\_\_\_\_

\*医師・看護師の有資格者は免許番号を記載してください。

所属医療機関名： \_\_\_\_\_

専門領域・所属科： \_\_\_\_\_ 職種： \_\_\_\_\_

臨床経験年数 \_\_\_\_\_ 年 緩和ケア経験年数： \_\_\_\_\_ 年

※緩和ケアを意識した経験年数

連絡先 自宅 ・ 勤務先 \_\_\_\_\_

連絡先住所 \*修了証等の送付先となります。  
(〒 \_\_\_\_\_ )

TEL : \_\_\_\_\_

FAX : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

研修会終了後、静岡県 HP での氏名・所属・所属科の公開（原則公開です）：

\_\_\_\_\_ 可・不可

※申し込み前に、事前に e-learning を終了していただく必要があります。

e-learning 修了証も併せてご提出ください。

※e-learning 修了証書につきましては、交付日から2年間有効です。

※参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。

※全項目をくれなくご記入ください。



国際医療福祉大学熱海病院