



FAX : 0557-81-7553

緩和ケア研修会 参加申込書

令和 7 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。
※全項目をきれいに記入ください。



国際医療福祉大学熱海病院