



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：

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：

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。

*全項目をもれなくご記入ください。



国際医療福祉大学熱海病院