FAX：0557-81-7553

緩和ケア研修会　参加申込書

令和８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。
※全項目をもれなくご記入ください。

国際医療福祉大学熱海病院