**相模原協同病院　緩和ケア研修会　参加申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 年齢 |  | 歳 |
|  |
| 住　所 | 郵便番号 | 　　　- |  |
|  |
| 電話番号 | * -
 | ＦＡＸ番号 | * -
 |
| 医療機関名　称 |  |
| 所　属 |  | 役　職 |  |
| 職　種※該当する欄に“○”を入力してください。 |  | 医師 |  | 看護師 |  | 薬剤師 |  | その他 |
| （　　　　） |
| 医籍登録番号 |  |  |
| 臨床経験 |  | 年 | 緩和医療経験 |  | 年 |  |
| メールアドレス |  |
| 厚労省・神奈川県ＨＰでの氏名公開について※いずれか“○”を入力してください。 |  | 可 |  | 不可 |
| 当日お弁当の注文希望（ご希望の方は**当日現金で1,000円**を頂戴いたします。） |  | 希望する |  | 希望しない |

**※e-learningの修了証を忘れずに添付してください。**

**※以下メールアドレスに件名「緩和ケア研修会申込」にてお送りいただけますと幸いです。**

【連絡先】

〒252－5188　相模原市緑区橋本台4-3-1

神奈川県厚生農業協同組合連合会　相模原協同病院

　担当：総務管理課　入内島・梶原

電話：042-761-6020（代表）

mail：postmaster@sagamiharahp.com