**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