

# F A X 送信票

F A X 番号：0246-27-2148（総合医局）担当：診療情報管理室

「第16回がん診療に携わる医療従事者に対する緩和ケア研修会 in 浜通り」

## 【 参 加 申 込 書 】

※e-learning 受講修了書を必ず添付してください。

フリガナ				生年月日	昭和 平成	年	月	日 歳
氏名		男 女						
自宅住所		〒						
		連絡先（携帯）			FAX			
e-learning 受講者 ID		★ e-learning 修了証書に記載のある ID：						
所属医療機関	名称							
	住所	〒						
		TEL	( )		FAX	( )		
	部署				役職			
職種	① 医師    ② 歯科医師    ③ 看護師    ④ 薬剤師    ⑤ 理学療法士 ⑥ 作業療法士    ⑦ 臨床心理士    ⑧ 言語聴覚士    ⑨ MSW ⑩ その他							
臨床経験年数	年	緩和医療経験年数	年	医籍登録番号	第 号			
連絡先 E-mail								
希望連絡先		① 自宅 ・ ② 所属医療機関						
修了後の氏名公開		① 可    ・    ② 不可 ※ 厚生労働省HPへ受講修了者として公開されることがあります。						

いわき市医療センター

### ※注意事項

本研修会では、感染症拡大防止の観点から、すべての参加者に対して、マスクの着用、手指消毒をお願いしておりますので、ご理解のうえお申込みをお願いいたします。