平成２９年度（平成２９年７月開催分）

自治医科大学附属さいたま医療センター緩和ケア研修会受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 受講番号（事務局使用欄） |
| 氏名 |  |  |

※修了証に氏名を記載いたしますので、楷書にてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 職種 | 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・その他（　　　　　　　　　　） |
| 所属施設名 |  |
| 所属部署・診療科名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－電話 |
| 電子メールアドレス |  |
| 医籍登録番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | ６桁 |

 |
| 臨床経験年数 | 　　　　年目 |
| がん診療経験 | 無　・　有（経験年数：　　　年　　月） | 看護師にあっては、がん看護の経験について回答ください。 |
| 麻薬処方経験 | 無　・　有（経験年数：　　　年　　月） |
| 緩和ケア経験 | 無　・　有（経験年数：　　　年　　月） |
| ロールプレイ経験 | 無　・　有 |
| 研修終了後氏名公開 | 可　・　不可 |
| 受講動機（複数回答可） | □緩和ケアを学びたいため□緩和ケアに興味があったため□がん診療連携拠点病院に勤務しているため（受講義務）□認定医の更新に必要なため□上司からの薦め□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※領収証の宛名が受講者氏名以外をご希望の場合には、宛名をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証宛名 |  |

**o-kensyukai@jichi.ac.jp**

**048-648-5166**（添書不要）



自治医科大学附属さいたま医療センター

総務課総務企画係 緩和ケア研修会担当

電話　048-648-5219

