

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	〒 ー 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）					看護師にあつては、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）	<input type="checkbox"/> 緩和ケアを学びたいため <input type="checkbox"/> 緩和ケアに興味があつたため <input type="checkbox"/> がん診療連携拠点病院に勤務しているため（受講義務） <input type="checkbox"/> 認定医の更新に必要なため <input type="checkbox"/> 上司からの薦め <input type="checkbox"/> 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	
-------	--

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



o-kensyukai@jichi.ac.jp



048-648-5166（添書不要）

※ 受講申込書に記入不備がある場合には受付できません。