

平成30年度（平成31年2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。

※緩和ケア研修会 e-learning の修了証書と一緒にご提出ください。

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 携帯						
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 ※厚生労働省、埼玉県HPの修了者一覧に掲載されます。						
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ったため <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)

※お申し込みの際は、緩和ケア研修会 e-learning の修了証書と一緒にご提出ください。

※受講申込書に記入不備がある場合には受付できません。