北信総合病院 緩和ケア研修会2024

集合研修開催日 2024年11月17日（日）

受講申込書

（下記の項目をご記入いただき、FAX又はメールにてお送りください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FAX | ： | ０２６９－２２－２８１２ |
| E-mail | ： | [chiiki.hokushin@kou.nn-ja.or.jp](mailto:chiiki.hokushin@kou.nn-ja.or.jp) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 年齢 | | | 性別 |
| 氏名 |  | | | |  | | | 男 ・ 女 |
| 職種 |  | | | 所属科 | |  | | |
| 医籍登録番号 | 第 号 ※修了証書の発行時必要となります。　　　　　　　　　　　　　　　　　医師・歯科医師の方は必ずご記入ください。 | | | | | | | |
| 臨床経験 | 年 | | |  | | | | |
| ※医師・歯科医師の方のみご記入ください。  研修会終了後、厚生労働省のHP等への氏名及び所属の公開について  **同意する ・ 同意しない** | | | | | | | | |
| 所属機関  （連絡先） | 医療機関名 |  | | | | | | |
| TEL |  | | | FAX | |  | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 緊急連絡先（当日連絡可能な電話番号） | | |  | | | | | |

**※お申し込みには必ずe-learning修了証書を添付してお送りください。**

**【申込締切日】 2024年10月18日（金）**

**【お問い合せ先】 ＪＡ長野厚生連北信総合病院 地域医療連携課**

**TEL ： 0269-23-2160（直通）**

※お申し込みされた方には、「受講のご案内」をFAX又はE-mailにてお送りいたします。

申し込み後、10日過ぎてもご案内が届かない場合には、お手数ですが事務局までご連絡願います。