

第 12 回令和 6 年度岡崎市民病院緩和ケア研修会 令和 7 年 3 月 2 日（日）

参加申込書

ふりがな	
氏 名	

※修了証に記載する氏名です。漢字に注意が必要な場合お知らせ下さい。

例) 高→高、吉は下の棒が長い、辻のしんによろが二点等

職 種	
----------------	--

※具体的な職種を記載して下さい。

医籍登録番号	
--------	--

※医師・歯科医師以外は記載不要

年 齢		性 別	
----------------	--	----------------	--

電 話 番 号	
---------	--

※当日連絡が必要な場合のみ利用します。携帯電話の番号を記載してください。

所 属	
----------------	--

※医療機関名及び、医師、歯科医師は診療科を記載。その他の職種は部局、病棟等を記載して下さい。

役 職	
----------------	--

臨床経験年数		緩和医療経験年数	
--------	--	----------	--

e-learning ログイン I D	
---------------------	--

※e-learning のサイト利用開始時に、ご自身で ID・パスワードを設定します。

ID は修了証発行に必要なため、間違えないように記載してください。

受講修了している旨の外部への公開	可 ・ 不可
------------------	-------------

※可の場合は愛知県のホームページに診療科・氏名が記載され外部に公開されます。