

第13回令和7年度岡崎市民病院緩和ケア研修会      令和8年2月27日（金）  
参加申込書

ふりがな	
氏            名	

※修了証に記載。医療従事者免許の漢字と一致（特殊、旧字体など）させるようにして下さい。

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	
------------	--

電   話   番   号		※携帯電話を記載して下さい
---------------	--	---------------

メールアドレス	
---------	--

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ID	
---------------------	--

※申し込み時点でサイトで登録してください、IDは修了証発行に利用するため間違えないように記載

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。