**市立池田病院　緩和ケア研修会**

**参加申込書**

申し込み日　　　20　　　　　年　　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名****※修了証で使用するため****楷書で記入** |  | ( 男　・　女 ) |
| **生年月日** | 西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | **年齢** | 歳 |
| **修了証****送付先** | **所属****・****自宅** | 〒　　　　　- |
| **所属医療機関名** |  |
| **所属診療科(所属部署)** |  | **役職** |  |
| **連絡先** | **TEL** | -　　　　- | **FAX** | -　　　　　- |
| **E-mail** |  |
| **職種** | 医師　・　歯科医師　・　看護師　・　薬剤師　・　その他 (　　　　　　　　　　　　) |
| **医籍登録番号(医師のみ)** | 第　　　 　　　　　　　　　　　　　　号　　　　昭和・平成・令和　　　年　　　月 |
| **臨床経験年数** | 年目 | **緩和医療経験年数** | 年目 |
| **e-learning受講状況** | **開催日までにe-learningの修了が必要です(2年間有効)** |
| **e-learning ID** |  |
| **厚労省HPでの****氏名・所属の公開** | 可　　　　・　　　　不可 |
| **院内広報用の写真撮影** | 可　　　　・　　　　不可 |

* 参加の可否につきましては、お申込み期間終了後、E-mailにてご連絡させていただきます。

■連絡先

563-8510

大阪府池田市城南3-1-18

市立池田病院　総務課

TEL：072-751-2881

FAX：072-754-6374

E-mail: b-soumu@city.ikeda.osaka.jp