

**静岡県立静岡県がんセンターがん等の診療に携わる医師等に対する
緩和ケア研修会参加申込書**

ふりがな				
氏名 必ず医籍登録の氏名・字体で記載		(男 ・ 女)		
e-learning ID				
職種 ※注1		・医師 ・歯科医師 ・薬剤師 ・看護師 ・その他()		
所属医療機関名				
所属診療科(所属部署)		医籍登録番号 医籍登録年	第 昭和・平成	号 年
職種に対する経験年数		年目	役職名	
修了証書送付先 ※どちらか選択してください	・所属 ・自宅	〒 _____		
連絡先	TEL	()		
	E-mail			
厚生労働省及び静岡県が氏名及び所属を公開することについて ※		・承諾します ・承諾しません		
e-learning受講状況		e-learning修了年月日 西暦 年 月 日 ※e-learning修了証書の交付日が集合研修の予定日から2年以内であること		

注1：※の箇所は、該当するものを○で囲んでください。

※ 緩和ケア研修会当日の持ち物(ポストアンケートに回答して頂きます。)

- スマートフォン・タブレット端末
- e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード

送付先 FAX 055-989-5713

e-learning修了証書も送付してください。

問い合わせ・連絡先
静岡県立静岡県がんセンター
疾病管理センター 浜崎・原
電話 055-989-5222(代)