**2024年度　緩和ケアフォローアップ研修　受講申込書**

2024年　月　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
|  | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日　 生 | | | | | | | 年齢 | |  |
| 職　種 | □医師　　　□歯科医師　　　□薬剤師　　　□看護師　　　□保健師  □栄養士　　□心理職　　　　□理学療法士　□作業療法士  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 医籍登録  （医師のみ記入） | 登録年月日 | | 昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 登録番号 | | 第　　　　　　　号 | | | | | | | |
| 広島県医師会  （医師のみ記入） | □会員　　□非会員 | | | 広島県医師会以外の医師会会員の方は以下にご記入ください  地区医師会名（　　　　　　　　　　）医師会 | | | | | | |
| 所属施設 | 施設名 |  | | | | | 診療科等 | |  | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | |
| TEL | | | | | FAX | | | | |
| 連絡先  メールアドレス | ＊連絡は基本的に全てメールで行います。必ず [byo-renkei@office.hiroshima-u.ac.jp](mailto:byo-renkei@office.hiroshima-u.ac.jp?subject=緩和ケアフォローアップ研修の申し込みについて) からのメールが受信可能なアドレスをご記入ください。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ＊悪天候などによる急な開催中止や変更があった場合の緊急連絡時に使用します。  携帯電話番号をご記入ください。 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 経験年数 | 実務経験年数　通算 | | | | 年　　（2024年4月現在） | | | | | |

＊　お申し込み後，3日以内（休日を除く）に申込確認メールをお送りいたします。メールが

　　届かない場合は正常に受理されていない，もしくはこちらからのメールがエラーとなって

　　いる可能性がありますのでご連絡ください。

＊　申し込み締め切り後に受講者を決定し，受講決定通知メールをお送りいたします。

＊　年齢・実務経験年数は研修会のグループ分けに利用するものです。

＊　お送りいただいた個人情報は，本研修以外の目的で使用されることはありません。