

FAX : 0979-22-2448 (中津市民病院患者サポートセンター行) 7/31 必着

# 第 17 回中津市民病院緩和ケア研修会参加申込書 (コメディカル用 ※医師以外)

e-learning 受講者 ID \_\_\_\_\_

e-learning 修了年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(注意)集合研修受講については、e-learning が修了していないと申込ができません。  
**受講申込書とともに必ず e-learning 修了証明のコピーを FAX してください。**

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_ 資格登録番号 \_\_\_\_\_

※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所(施設・自宅) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

施設名・所属 \_\_\_\_\_ 役職 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

E-mail: \_\_\_\_\_

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 \_\_\_\_\_ 可 ・ 不可

昼食(弁当)希望の有無(実費 700円) \_\_\_\_\_ 有 ・ 無

(事務担当)  
大分県中津市下池永173番地  
中津市民病院 患者サポートセンター 橋内・山本  
(代表)TEL:0979-22-2480  
(直通)TEL:0979-22-6521 FAX:0979-22-2448  
E-mail: [soudan@nakatsu-hosp.jp](mailto:soudan@nakatsu-hosp.jp)