

(船橋市立医療センター・緩和ケア研修事務担当 宛て)

千葉県緩和ケア研修会申込書

ふりがな				
氏名				
必ず医籍登録の氏名・字体で記載				
e-learning I D				
職種 ※		・ 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 号 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年
職種に対する経験年数		年 目	役職名	
修了証書送付先	・ 所属 ・ 自宅	〒		
連絡先	T E L	()		
	E-mail			
国 ・ 千葉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		
参加希望研修会場名		船橋市立医療センター C401会議室		
参加希望研修開催日		2025年7月26日		
e-learning受講状況 (注2)		e-learning修了証書の添付が必要です		
		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

- スマートフォン・タブレット等の端末（ポストアンケートで使用）
- e-learning受講時に用いたIDおよびパスワード

記入後、参加希望研修会主催者まで郵送、FAXまたはメールをお願いします。