※参加申込みは、メールのみでの受付となりますのでご留意下さい。

別紙２

熊本大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書

提出先アドレス：kanwa@jimu.kumamoto-u.ac.jp

**＜担当：医事課がん医療連携担当（096-373-5993）＞**

　平成２９年８月５日（土）・６日（日）に開催される緩和ケア研修会について、次のとおり申し込みます。

　　ふりがな

　氏　　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　歳

　所属機関名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属科：

　電話番号：　　　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　（PHS　　　　　　　　　　　　）

　FAX：

メールアドレス：

　（参加申込受理及び受講決定通知のメール送付先となりますので、必ず記載願います。）

　職　　種：　　医　師　　　薬剤師　　　看護師　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（※○印を付してください）

　役職名：

　臨床経験：　　　　　　　　　　　年　　　　　緩和医療経験：　　　　　　　　　　　年

研修修了後　厚労省・熊本県ＨＰでの氏名、所属及び所属科の公開：　　可　・　不可

医籍登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※医師の方のみ記入願います。）

―――――――――――――――――――――――――――

○**修了証書発行後の氏名変更には対応できません。**氏名の漢字に誤りがないか再確認下さい。

なお、氏名の漢字に外字を使用しなければならない場合は、担当まで別途御連絡お願いします。