別添

令和７年度 魚沼基幹病院 緩和ケア研修会　受講申込書

申込書作成日：　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　） |
| 所属医療機関名 |  |
| 職種 |  |
| 専門分野（医師の場合） |  |
| 臨床経験年数（内がん臨床） | 臨床経験　　　　　年　　（がん臨床経験　　　　年　） |
| 医籍登録番号（医師・歯科医師の場合） |  |
| 受講通知連絡先となるE-mail | @ |
| 緊急時連絡先（携帯電話等） |  |
| e-learning修了証書　ID |  |
| e-learning修了証書　交付日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 研修会の修了者は、原則として所属・氏名が公開されます（都道府県が国に報告するためです）。公開の可否について〇を付けてください。 | 所属・氏名の公開は、  可　　　　　　　　　不可  （不可に〇がない場合は可と判断します） |
|  | |

「提出先」　魚沼基幹病院　臨床研究推進部　深野

・E-mail：　k-fukano●ncmi.or.jp 　　※●を＠に読み替えてください。

　　 ・TEL　 ：　025-777-3200 ㈹

・住所　：　〒949-7302　南魚沼市浦佐4132