

様式9（医師・歯科医師以外の医療従事者）

（朝倉医師会病院 緩和ケア研修会担当 宛）

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名（施設名及び所属部署）		性別	男性 ・ 女性
職種	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他（ ）		
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
ふりがな		年齢	歳
氏名 （氏名は修了書に記載されます。楷書での記載をお願いします）			
e-learning 修了証書 ※注1）e-learning修了証書の交付日が集合研修日（2021.11.3）から3年以内であること。 ※注2）e-learning修了証書の添付が必要です。	e-learning ID ： e-learnig修了証書交付日 ： 西暦 年 月 日		
連絡先 （こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください）			
TEL（携帯電話）			
FAX			
E-mail ※申込受付後、受付メールを右記アドレスに送付します。			
研修会終了後、福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。	承諾します ・ 承諾しません		
お弁当の申込み(1,000円)	要 ・ 不要		