

平成30年度山口県立総合医療センター緩和ケア集合研修会参加申込書

**必ず、e-learning の修了証書を添付してください**

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ e-learning 受講者 ID \_\_\_\_\_

医籍登録番号 \_\_\_\_\_ 【職種： \_\_\_\_\_】

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢 \_\_\_\_\_ (平成30年11月18日現在)

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所（施設・自宅） \_\_\_\_\_ ※修了証を送付するために必要です。

電話番号 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

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、県、本院 HP での氏名及び所属機関・診療科名の公開について  
可 ・ 不可 (医師のみ) \_\_\_\_\_

参加費：無料、但しお弁当代（お茶付）として1,100円を徴収させていただきます。

申込み：Faxにてお申し込みください。

連絡先 山口県立総合医療センター  
TEL：0835-22-4411（代表）  
FAX：0835-38-2210  
担当 総務課 清水（内線7112）  
E-mail:shimizu.michiru@ymghp.jp