**令和元年度　弘前大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふ 　り　 が　 な****氏 　　　　　名** | 　　　　　　　　　　　　　　　 | **性 別** | [ ] 男・[ ] 女 |
| **生　年　月　日** | 　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（満　　　　　歳）　　　　　 |
| **勤 務 先 ・ 所 属**（連絡事項等の書類は，勤務先に送付します。） | （勤務先名称・所属）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）〒　　　　－　　　TEL　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　（内線）　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　＠ |
| **緊急連絡先（携帯等）**※やむを得ず会場変更等の緊急連絡をする場合がありますので、必ずリアルタイムで本人に連絡できる連絡先を記入願います | TEL　　　　　　－　　　　　　－ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　　　　　　　　 ＠ |
| **専 門 領 域 等** | 専門領域  |
| **職　　　　　種** |  医師・看護師・薬剤師・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| **経験年数 （うち****がん診療経験年数）** |  年（うち、がん診療経験年数　　　　　 　年） |
| **医籍登録番号 または****歯 科 医 籍 番 号** | ＊医師・歯科医師の方のみご記入ください。（必須） |
| **本院所属の方は研修会修了者名をHP等で公表いたします。**外部機関所属の方は、氏名・所属の公表に同意しない場合は○で囲んでください。 | 公表について同意しません |
| **昼食(弁当)の注文**（右記に○印を付けてください） | １０月５日の昼食を注文《　[ ] します ・[ ] しません　》※　昼食は１食1,000円（ペットボトルのお茶付き）を予定しています。　　当日受付の際にお支払い願います。 |

※ 申込書は、令和元年８月３０日（金）までに下記宛郵送（必着）又はFAXにて提出してください。

※ 研修期間中は，途中退席は認めませんのでご注意ください。（研修修了に必要な単位を与えることが出来ません）

【**申込書提出先**】〒036-8563 弘前市本町53

　　　　　　　　　　　　　 　　 弘前大学医学部附属病院 医事課医事担当（菊池）

TEL 0172-39-5215（直通）　**FAX 0172-39-5216**