**令和４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** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **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（　　　　　　　　　　　　　） |
| **診療経験年数** （うち、がん等診療経験年数） |  年（うち、がん等診療経験年数　　　　　 　年）※がん等とは、がん、慢性心不全，慢性腎不全，慢性呼吸不全，神経・筋疾患，肝硬変　が該当します。 |
| **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□にチェックを付けてください） | 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。 |

※ 申込書〆：令和４年９月２日（金）　下記あて郵送・FAX（必着）にて送付願います。

**（e-learning修了証を必ず添付してください**。**）**

※ 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 医事課医事グループ医事担当　菊池

TEL 0172-39-5215（直通）　FAX 0172-39-5216