

(別紙)

県立薩南病院 緩和ケア研修会 参加申込書

【受講者】

ふりがな
* 氏名： _____ (男・女) 年齢： _____
※修了証書に記載しますので、楷書で大きく、正確に記入してください。

* e-learning 受講者 ID： _____
※e-learning の Web サイトで取得した受講者 ID を記入してください。

* 職種： 医師 看護師 薬剤師 MSW その他 (_____)

* 医籍登録番号： _____

* 臨床経験年数： _____ 年 緩和医療経験年数： _____ 年
※グループ分け等の参考とします。

* 修了者として氏名及び所属・所属科を公開することの同意 (可・否)
※医師のみ記入

e-mail： _____

緊急時連絡先： _____
(携帯電話番号等)

送付先住所： 〒 _____
※所属以外への送付を希望される場合のみ記入してください。

【所属】

* 名称： _____

役職： _____ 診療科： _____

* 住所： 〒 _____

* 電話： _____ F A X： _____

* 同一施設から複数申し込む場合の施設内優先順位 (_____ / _____)

※ *印は必ず御記入ください。

※ 令和6年11月8日(金)までに郵送、FAX又はメールにてお申し込みください。

※ 問合せ先 鹿児島県立薩南病院 院長 三枝 伸二
経営課 堂原 歌乃
〒897-0001 鹿児島県南さつま市加世田村原四丁目11番
TEL 0993-53-5300 FAX 0993-53-6764
e-mail sat-hos@pref.kagoshima.lg.jp