

県立大島病院 経営課 川畑 あて (FAX番号0997-52-9957)

※ 送信票は必要ございません。当用紙だけお送りください。

## 県立大島病院 緩和ケア研修会 参加申込書

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。

所 属 名 : \_\_\_\_\_

所属住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

所属電話番号 : \_\_\_\_\_ 所属FAX番号 : \_\_\_\_\_

職 種 : ☐ 医師    ☐ 看護師    ☐ 薬剤師    ☐ MSW    ☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

役 職 名 : \_\_\_\_\_ 診療科 : \_\_\_\_\_

医籍・歯科医籍登録番号 : \_\_\_\_\_

臨床経験年数 : \_\_\_\_\_ 年    緩和医療経験年数 : \_\_\_\_\_ 年

E-mail : \_\_\_\_\_

緊急時連絡先 (携帯電話番号等) : \_\_\_\_\_

修了証書送付住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

※ 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。

昼食希望の有無 : ☐ 必要    ☐ 不要

※昼食代金 (1,000円) は、当日、受付で集金いたします。

※ 令和8年1月9日 (金) までに、県立大島病院経営課 川畑まで、FAXで提出  
してください。(FAX番号 0997-52-9957)

※ お問い合わせ先 県立大島病院 経営課 川畑 (0997-52-3611)