平成29年度　茨城県緩和ケア研修会申込書

※以下の情報は，茨城県に情報提供いたします（医師・歯科医師の場合は厚生労働省も含む）ので，予め御承知ください

（ふりがな） 氏　名	＊ 氏名は必ず医籍・歯科医籍登録されている字体でご記入ください。		
職種 （〇印をつけてください）	医師　　歯科医師　　薬剤師　　看護師		
医籍・歯科医籍登録番号 （医師・歯科医師のみ）	第　　号		
資格取得後年数	年　　カ月	がん診療従事年数	年　　カ月
専門分野／経験年数 （ｸﾞﾙｰﾌﾟ分けの参考にします）	／		
所属施設　施設名／所属科	／		
所属施設　住　所	〒		
所属施設　電話番号			
所属施設　FAX番号			
所属施設　Eメールアドレス(未記載可)			
研修修了後，国及び茨城県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。 （〇印をつけてください）	承諾する　　承諾しない		

お申込みの際は，参加希望の開催日に〇印を付けてください。

会場	申込先FAX番号	開催日 研修区分A	研修区分B
筑波大学附属病院	029-853-3404	6月10日（土）	6月11日（日）
水戸医療センター	029-240-7788	6月17日（土）	6月18日（日）
総合病院土浦協同病院	029-823-3381	7月1日（土）	7月2日（日）
茨城西南医療センター病院	0280-86-7702	7月22日（土）	7月23日（日）
日立総合病院	0294-23-8722	7月29日（土）	7月30日（日）
友愛記念病院	0280-97-3001	9月3日(日)	9月10日（日）
東京医科大学 茨城医療センター	029-887-6266	9月23日（土）	9月24日（日）

※研修区分Aと研修区分Bを別々の会場で受講される方は，<u>それぞれの会場へ本書をFAXしてください</u>。

研修区分Ａまたは研修区分Ｂのみに参加される方へ，右の１～３の該当番号に〇をつけてください。	１．都合上，片方の研修区分のみを申し込みます。
	２．今年度，別の会場の緩和ケア研修会に申し込みます（ました）。
	３．過去に片方の研修区分に出席しました。
	※２または３に〇をつけた方は，以下に参加（予定）年月日，病院名，研修区分（ＡまたはＢ）を御記入ください。 平成　　年　　月　　日 病院開催 研修区分（　　Ａ　　・　　Ｂ　　）