

平成27年度 茨城県緩和ケア研修会 参加申込書

※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 (○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 (グループ分けの参考にします)		/				
所属施設	施設名／所属科	/				
	住所	〒				
	電話番号					
	FAX番号					
	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・所属科を公開することについて御承諾いただけますか。 (○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○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
筑波メディカルセンター病院	029-858-2773	↓	↓
		10月24日(土)	10月25日(日)
ひたちなか総合病院	029-354-6842	↓	↓
		12月5日(土)	12月6日(日)
筑波大学附属病院	029-853-3404	↓	↓
		12月12日(土)	12月13日(日)
水戸赤十字病院	029-233-9238	↓	↓
		2月27日(土)	2月28日(日)
筑波大学附属病院	029-853-3404	↓	↓
		3月5日(土)	3月6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、それぞれの会場へ本書をFAXしてください。

※この開催案内に掲載されている研修区分Aまたは研修区分Bのみを受講され一部の単位を取得されても、平成28年度から無効となりますので、**今年度中に両方の研修区分を受講し、研修を修了するようにしてください。**

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○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○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)