

福岡県緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名(施設名)		専門(診療科)		役職	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床経験年数	年間		
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間		
がん患者との日常診療での関わり※	i がん患者の主治医や担当医 ii がん患者の主治医等からの診察依頼を受けた場合や当直業務等で診療を行うことがある iii がん患者との日常的な対面は想定されない(病理診断医や放射線診断医など)			医療用麻薬処方数(最近5年間)※	0件 1~5件/年 6件以上/年
性別 ※	男性・女性	年齢	歳		
ふりがな				e-learning ID	
氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします)					年間2人以上の看取りの経験 ※
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)					研修医は、下記にも記入してください※
TEL				前期	年目
FAX				後期(専攻医)	年目
E-mail					
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします)	〒				
修了証書送付先住所を福岡県にお知らせすることについて御承諾いただけますか。 ※	<input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません				はい・いいえ
研修会終了後、国及び福岡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。 ※	<input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません				「はい」選択の場合
医師会員の方のみ御記入ください。日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。 ※	<input type="checkbox"/> 希望します ※生年月日 < 年 月 日 > <input type="checkbox"/> 希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。				修了証をお持ちですか？ はい・いいえ 今回は何回目の受講になりますか？ ()回目
お弁当の申込(税込1,000円) ※	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意: 修了証書がお手元に届くまでに2, 3か月を要する場合があります。

申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。

* 久留米総合病院では、グループ分けの参考にさせていただくため県指定申し込み様式に追加項目を設けております。記載いただいた個人情報は、本研修会運営に限って使用させていただきます。

- 本申込書にご記入の上、郵送 もしくは FAX、E-mail でお申し込みください。
- 申込書1枚につき1名様でのお申し込みをお願いします。
- 申込締切日から2週間以内に受講者を確定し、受講可否をお知らせいたします。
- 集合研修の最後にポストアンケートを行います。スマートフォンやPC等をご持参ください。
- e-learningサイト用のIDとパスワードはポストアンケート実施時にも必要です。

受講可否通知書が届かない場合は、下記問い合わせ先へご連絡ください。

募集期間: 令和4年11月14日(月)~ 令和4年12月23日(金) 12時必着 (先着順)

【郵送】 〒830-0013 久留米市榎原町21 久留米総合病院総務企画課内 緩和ケア研修会事務局
 【FAX】 0942-32-0113
 【E-mail】 main@kurume.jcho.go.jp

<問合せ先> 久留米総合病院総務企画課内 緩和ケア研修会事務局 担当: 鶴
 TEL: 0942-33-1211 FAX: 0942-32-0113