東北大学病院 地域医療連携課 がんセンター事務局　行

メールアドレス:ijih-thk@umin.net　　ＦＡＸ：０２２－７１７－８６８５

**第１００回　宮城県緩和ケア研修会　集合研修参加申込書**

開催日：令和３年２月６日（土）

|  |  |
| --- | --- |
| 所属医療機関名（施設名） |  |
| 診療科 |  |
| 職　　　　名 |  |
| 職　　　　種 | [ ] 医　師　・　[ ] 歯科医師　・　[ ] その他（　　　　　　　） |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 医籍登録番号＊歯科医師は歯科医籍登録番号 |  |
| 医師・歯科医師等の経験年数 | 年　　　　　カ月 |
| がん等診療の経験年数 | 年　　　　　カ月 |
| e-learning　ID | ＊e-learning修了証書を添付してください。 |
| 連絡先 | 住　　所 | 〒　　　－（[ ] 施設・[ ] 自宅）どちらかにチェックをつけてください。 |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| メールアドレス |  |
| 研修会修了後、氏名・所属・所属課を公開することの同意 | [ ] 同意します　　　　　[ ] 同意しません |

＊連絡先には、受講決定通知、修了証書の交付、その他確認事項があった場合に連絡いたします。

＊申込書受理後、７日以内にメール又はＦＡＸで受け取り通知を送付いたします。

　受け取り通知が届かない場合は、ご連絡ください。

＊収集した個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。

**◆集合研修修了後、ポストアンケートを実施しますので、受講時にはe-learningパスワード及びパソコン又はタブレット、スマートフォンのいずれかをお持ちください。難しい場合はご相談ください。**