申込書記載年月日　平成　　年　　月　　日

**【神戸市立西神戸医療センター地域医療室 行 FAX078-993-3713】**

**神戸市立西神戸医療センター　緩和ケア研修会　受講申込書【一次申込書】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名**記載の通りに修了証書を交付します****ので、略字等にご注意ください。** | フリガナ |
|  |
| 勤務先（病院名） |  |
| 所属診療科・補職名 |  |
| 医籍番号 |  |
| 勤務先の住所 | 〒　　　　　－　　　　　　 |
| 集合研修修了証書の送付先（いずれかにチェック） | □ 勤務先で受け取る |
| □ 勤務先以外で受け取る（下記へ送付）〒　　　　　－　　　　　　 |
| 電話番号（日中連絡がつくもの） | （　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　） |
| 携帯番号（研修会当日も連絡がつくもの） | （　　　　　　）－（　　　　　　）－（　　　　　　） |
| 年齢（平成29年10月28日時点） |  |
| 臨床経験年数（満年数） |  |
| 緩和医療経験年数（満年数） |  |
| **e-learning修了証書の添付****（いずれかにチェック）****【二次申込書】** | □ 有 → e-learning修了証書の記載番号を↓記載e-learning受講者ID：　　　　　　　　　　　 |
| □ 無 → 10月5日（金）17時までに提出**必ずこの受講申込書のコピーと一緒にご提出ください** |
| 修了後、厚労省、県等のホームページへの氏名・所属の公開について | （チェックをお願いします）□ 同意します |

* **一次申込で受講申込書とe-learning修了証書を一緒にご提出いただくのが最善ですが、**

**二次申込でe-learning修了証書を提出される場合は、一次申込の受講申込書のコピーを必ず取り、**

**そのコピーとe-learning修了証書を一緒にご提出ください。**

|  |
| --- |
| 一次申込＝受講申込書の提出期間：平成30年8月27日（月）～9月28日（金）17時二次申込＝e-learning修了証書の提出期限：平成30年10月5日（金）17時 |

【緩和ケア研修会　事務担当】地方独立行政法人神戸市民病院機構　神戸市立西神戸医療センター

〒651-2273　神戸市西区糀台５丁目７－１　TEL078-997-2200（代表）

地域医療課地域連携係　江良（内線5247）／総務課総務係　山根（内線2455）