申込書記載年月日　令和元年　　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**

|  |  |
| --- | --- |
| 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修了証書の番号** | **e-learning受講者ID：** |
| 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 |

* **受講申込書とe-learning修了証書を一緒にＦＡＸしてご提出ください。**
* **申込期間は令和元年10月7日（月）～11月8日（金）17時です。**
* 地域医療室へFAX 078-993-3713してください。

【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2460）