

〈 申込日 令和 年 月 日 〉

令和8年度 弘前大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書

ふ り が な 氏 名		
勤 務 先 ・ 所 属 (連絡事項等の書類は、 勤務先に送付します。)	(勤務先名称・所属) ----- (住所) 〒 ----- ----- TEL ----- (内線) メールアドレス @	
緊急連絡先(携帯等) ※やむを得ず会場変更等の緊急連絡をする場合がありますので、必ずリアルタイムで本人に連絡できる連絡先を記入願います。	TEL ----- メールアドレス @	
専 門 領 域 等	専門領域	
職 種	医師・看護師・薬剤師・その他 ()	
診療経験年数 (うち、がん等診療経験年数)	年 (うち、がん等診療経験年数 年) ※がん等とは、がん、慢性心不全、慢性腎不全、慢性呼吸不全、神経・筋疾患、肝硬変 が該当します。	
医籍登録番号 または 歯科医籍番号	*医師・歯科医師の方のみご記入ください。(必須)	
本所属の方は研修会修了者名を HP 等で公表いたします。 <u>外部機関所属の方は、氏名・所属の公表に同意しない場合は○で囲んでください。</u>		公表について同意しません
昼食(弁当)の注文 (右記□にチェックを付けてください)	昼食を注文《 □します ・ □しません 》 ※ 昼食は1食1,000円(ペットボトルのお茶付き)を予定しています。 当日受付の際にお支払い願います。	

※ 申込書は：令和8年8月7日(金) 下記あて郵送・FAX等(必着)にて送付願います。
(e-learning 修了証を必ず添付してください。)

※ 研修期間中は、途中退席は認めませんのでご注意ください。
(研修修了に必要な単位を与えることが出来ません)

【申込書提出先】〒036-8563 弘前市本町 53
弘前大学医学部附属病院 腫瘍センター 事務担当
TEL 0172-39-5522 (直通) FAX 0172-39-5003