「群馬大学医学部附属病院　緩和ケア研修会」　参加申込書

（令和５年４月２２日実施）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 令和５年　　　月　　　　日 | |
| フリガナ |  | 年　齢 | 性　別 |
| 氏　　名 |  |  | 男　・　女 |
| E-mail (ほとんどの連絡はE-mailで行います) |  | | |
| 当日の緊急連絡先 （携帯電話番号等） |  | | |

※e-learning修了者（e-learning修了証書の写しの添付をお願いいたします）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講ID |  | 修了書交付年月日 | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医籍登録番号 | |  | 臨床経験年数 | | 年 |
| 専門領域（科） | |  | | | |
| 研修会終了後、氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否  ＊緩和ケアに対する取り組みとして、研修会修了者名簿を公開しています(ご承諾有りに限り)  □ 資格取得・更新のため  □ がん診療，緩和医療に携わるため  □ 所属部・科の推薦ありのため  □ その他 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | 可　　／　　否 | |
| 参加希望理由 |  |  | | | |
|  | | | | | | |

＊参加申込書に係る個人情報は、本研修会関連以外には利用いたしません。

E-mail（oncoc＠jimu. ）又はFAX（027-220-8609）でお申込みください

※メールアドレスの末尾にはgunma-u.ac.jpを追加してください。また，＠は全角文字で記載 　　　　　　　 していますので，半角文字に変更して送信してください。

申込書を送付した日から３日以内に担当者からE-mailで連絡をいたします。連絡がない場合は、以下の番号にお電話ください。

問い合わせ先

〒371-8511　群馬県前橋市昭和町三丁目３９番１５号

群馬大学医学部附属病院

腫瘍センター　　　TEL 027-220-7927（直通）