

令和6年度 がん診療に携わる医療者のための
緩和ケア研修会申込書

申込日：R6年 月 日

申込締切：6月12日(水) 15時

※ 申込される方は、e-learningを8月末までに修了し、証書を提出してください。未修了の場合、研修会には参加できません。

※ 受講の可否等については、6月下旬頃にメールにてご連絡いたします。

※ 昼食（お弁当・ペットボトル飲料付き）をご注文の方は、当日集金いたします（金額確定後、別途通知）。

(修了済の場合、証書の写しを添付)

e-learning 修了証書のID：

受講中(未修了)

昼食 注文します ・ 注文しません ※当日注文不可、前週まで希望変更受付予定

所属施設名

職種 医師 (科) 医籍番号 第 号

看護師 ・ 医療技術士 (資格：) ・ 他 ()

臨床経験 年 月 緩和医療経験 年 月 各 受講月現在

(ふりがな)

氏 名

年齢(受講日現在) 歳 性別 男 ・ 女

【連絡先】

施設 ・ 自宅

住 所 (〒 -)

電話

FAX

メールアドレス

研修会終了後、厚生労働省 HP にて所属・氏名を公開することについて

同意します ・ 同意しません



京都山城総合医療センター
緩和ケア研修会事務局

■FAX

0774-72-2155