

第 9 回 神戸市北区緩和ケア研修会受講申込書

e-learning ID	(e-learning ページより御取得下さい)		
お名前	ふりがな	御年齢	歳
御勤務先	* 当院職員は記載不要 〒 — 御施設名 : _____		
御所属科・御職種	_____ 科 ☐ 研修医 ☐ 専攻医 ☐ その他 ()		
書類御送付先	☐ 同上 ☐ その他 : 下記へご記入ください 〒 — 御施設名など : _____		
御連絡先	お電話 (— —) E-mail (@) * Zoom の URL や当日緊急のご連絡のためいずれもご記載下さい		
医籍番号 (医師・歯科医師の方)			
御経験年数	_____ 年 (緩和経験/がん患者看取り経験 : 有 無)		
がん診療連絡協議会 HP 等での氏名公開	☐ 可 (勤務先御異動後も HP で修了を御確認いただけます) ☐ 不可 (HP では修了を御確認いただけません)		
専門資格など			
当日 Web 開催となった 場合の使用端末	☐ PC ☐ タブレット ☐ スマートフォン * 通信の安定性から PC、タブレットの使用をお勧めします。		