令和3年度　緩和ケア研修会受講申込書

**【開催日：令和4年1月8日（土）】**

１　氏名（ふりがな）

２　施設名・所属

３　役職（職名）

４　専門科

５　連絡先

（１）住所

（２）電話番号

Tel（　　　　）　　　　－

（３）e-mail：　　　　　　　　　　＠

※本申込書をもとに厚生労働省発行の修了証等を作成しますので、ご記入の際はお間違えの無いように

お願いします。また、必ずふりがなをお書き添えください。

６　添付書類　①医師免許証の写し

　　　　　　　②e-learning修了証書の写し

７　ＨＰでの研修終了者氏名公開の可否

可　　・　　不可

※この研修を終了した医師は厚生労働省に報告され、原則として氏名及び所属が公開されます。

これに対する可否についてお尋ねするものですので、いずれかに「〇」をして下さい。

（医師のみご記入お願いします。）

**※上記にご記入いただき、添付書類とともにがんセンター事務室までご返送ください（締切：12月3日）**

|  |  |
| --- | --- |
| 【申込先】 | 　　　　　　　　　　 |
| 鳥取大学医学部附属病院　がんセンター事務室 |
| TEL：0859-38-6292　FAX：0859-38-6297 |
| E-mail：gan-center@med.tottori-u.ac.jp |
| 担当者：景山・岩水 |