

**FAX送信先 : 03-3400-0193**

(日本赤十字社医療センター がん相談支援課)

## 日本赤十字社医療センター 緩和ケア研修会参加申込書

(2018年 月 日)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		年齢	歳
※修了証書に記載しますので楷書でご記入ください。			
e-learning 受講者ID	厚生労働省e-learning受講サイト ⇒ <a href="https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html">https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html</a>		
勤務先	施設名		
	職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 専攻医 ( 年目) <input type="checkbox"/> 研修医 ( 年目)	
	専門科		
	役職		
連絡先	住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 〒 ※修了証書等の送付先となります。	
	TEL	※当日連絡のつく番号をご記入下さい。	
	FAX		
	E-mail		
医師免許	第 号		
臨床経験	年	緩和医療経験	年
弁当予約	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※研修会当日、受付にて、お弁当代を徴収させていただきます。		
氏名の公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※厚生労働省、東京都HPの修了者一覧に掲載されます。		

(郵送先) 日本赤十字社医療センター がん相談支援課  
〒150-8935 東京都渋谷区広尾4-1-22 TEL 03-3400-1311 (内線 2158)

**※お申し込みの際は、緩和ケア研修会e-learningの修了証書を一緒にご提出下さい。**