

申込先 公立甲賀病院 診療支援課

申込日 令和 年 月 日

令和7年度 滋賀県緩和ケア研修会(集合研修・公立甲賀病院会場)

受講申込書

開催日：令和7年6月15日（日）

提出期間：令和7年5月16日（金）まで

e-learning 受講者 ID	
e-learning 修了年月日	

【 注 意 】 e-learning が修了していないと受講できません。

施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師 ・ 医師以外（ ）
医籍登録番号 薬剤師名簿登録番号 看護師籍登録番号	平成・令和 年 月 日 第 号
役職	
(ふりがな) 氏 名	※修了証書の氏名になりますので楷書で正確にご記入ください。 (ふりがな)
修了した場合 氏名及び所属・診療科を公開することの本人の同意	同意する ・ 同意しない
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日 （ 歳）
臨床経験 (令和7年4月1日現在)	年
通常の連絡先・研修会当日の連絡先 (電話番号)	通常 ・ 当日
決定通知書・修了証書等の 送付先住所	
メールアドレス	

※1 当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※2 申込書はお一人1枚です。