

お申し込み先 市立大津市民病院 がんセンター

(Mail) och-gancenter@och.or.jp または (FAX) 077-522-0192

必ず e-learning 修了
書を添付下さい

申込日 2025 年 月 日

2025 年度 第 5 回滋賀県緩和ケア研修会（市立大津市民病院会場）受講申込書

開催日：2025 年 9 月 21（日）

募集期間：2025 年 8 月 4 日（月）～ 2025 年 8 月 18 日（月）

e-learning 受講者 ID	
e-learning 修了年月日	202 年 月 日修了

【 注 意 】 e-learning が修了していないと申し込みができません

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	昭和・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。
修了した場合 氏名及び所属・ 診療科を公開することの同意	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（2025 年 4 月 1 日現在）	年
連絡先(携帯電話番号) 携帯電話番号を記載してください。	— —
受講決定通知・修了書等の 送付先住所	〒
メールアドレス	※わかりやすくご記入ください（特にゼロ 0 とオー O が間違いやすいためご注意下さい）

※ 1 当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※ 2 受講決定者には、研修会開催日の概ね 10 日前までに受講決定通知書を送付します。

受講決定通知を受けていない方は研修を受けていただくことができませんのでご留意願います。

※ 3 昼食は各自で用意をお願いいたします。院内のコンビニエンスストアを利用することも可能です。

※ 4 車でお越しの方は外来患者駐車場をご利用下さい。できる限り公共交通機関をご利用いただきますようご協力をよろしくお願いいたします（JR膳所駅より徒歩 7 分）。