

送付先 滋賀医科大学医学部附属病院 医事課 行き

(E-mail iryog@belle.shiga-med.ac.jp) (Fax 077-548-2815)

申込日 年 月 日

2025 年度 第 6 回滋賀県緩和ケア研修会
(集合研修・滋賀医科大学医学部附属病院会場)

受 講 申 込 書

開 催 日 : 2025 年 11 月 3 日 (月・祝)

募集期間 : 2025 年 9 月 17 日 (水) ~ 10 月 10 日 (金)

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申し込みができません
受講申込書及び修了証書の写しをメールまたは FAX してください

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
職 名	
(ふりがな) 氏 名	※1 修了証書に印字しますので、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
メールアドレス (確実に受信確認が可能なメールアドレスに限る)	※2 わかりやすく、正確にご記入ください。
決定通知書・修了証書等の送付先住所	〒 ー

- ※1 当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。
- ※2 受講申込書の受領確認及び受講決定通知をメールで行います。確実に受信確認が可能なメールアドレスを記入してください。
- ※3 ご不明な点は、滋賀医科大学医学部附属病院医事課 (TEL 077-548-3625) までお問い合わせください。