

送付先 滋賀県立総合病院 地域医療推進室 (Fax 077-582-5766) あて

(集合研修・滋賀県立総合病院会場)

申込日 令和 年 月 日

## 2026年度 第3回滋賀県緩和ケア研修会 受講申込書

開催日：2026年7月26日（日）募集期間：2026年6月22日（月）～7月10日（金）

e-learning 受講者 ID	
e-learning 修了年月日	
<b>【 注 意 】</b>	e-learning が修了していないと申し込みができません 受講申込書とともに修了証書の写しを FAX して下さい
施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師 ・ 歯科医師 ・ 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。 (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 (2026年4月1日現在)	年
通常連絡先・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	※メールでの連絡となります。わかりやすくご記入ください。

※1 当該欄は、楷書で正確にもれなくご記入ください。

※2 申込書は一人1枚です。

※3 メールアドレスは必ずご記入ください。メールアドレスをお持ちでない場合は、FAX番号をご記入ください。

※4 昼食は、各自で用意をお願いいたします。