

お申込み先 (どちらか)	【FAX】0749-22-6093 【メール】gansoudan@municipal-hp.hikone.shiga.jp
-----------------	--

e-learning 修了証書を
必ず添付してください

申込日 2026年 月 日

2026年度滋賀県緩和ケア研修会(集合研修/彦根市立病院会場)

<受講申込書>

開催日：2026年12月12日(土)

募集期間：2026年9月28日(月)～2026年11月27日(金)

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

※e-learning を修了していないと集合研修は受講できません。

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	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・研修会当日連絡先(電話番号)	通常(勤務先電話番号) 当日(携帯番号)
メールアドレス	

- ※1 昼食は各自で用意をお願いいたします。院内のコンビニを利用することも可能です。
- ※2 緊急時の当日キャンセルは朝9時までに彦根市立病院 がん相談支援センター《0749-22-6050》までご連絡ください。緊急時以外のキャンセルにつきましては、12月4日までをお願いいたします。
- ※3 メールアドレスおよび携帯番号等の個人情報は当研修会のみを使用するものです。
- ※4 申込み人数が6名に達しない場合は中止とします。
- ※5 応募者が募集人数を超過した場合、受講者の決定は原則『申込み順』『医師優先』とさせていただきます。