

開催日：【第16回】2019年10月5日(土)
 会場：倉敷中央病院(倉敷市美和1-1-1)
 提出締切：2019年9月5日(木)

■以下の必要事項をご記入ください。

【受講者情報】

ふりがな			
氏名			
職種	<input type="checkbox"/> 医師・歯科医師 <input type="checkbox"/> その他の職種 ↓職種を記入ください。 ()		
(ふりがな) e-learningログインID(受講者ID)			
生年月日(西暦)	臨床経験年数		
性別	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	緩和ケア経験年数	
所属施設名	役職名		
診療科名、所属部署・専門	*医師は診療科名、その他職種は所属部署等を記入	医籍登録番号(歯科医籍登録番号)	*医師・歯科医師のみ記入
勤務先の住所	〒	TEL番号	
		緊急連絡先 TEL(任意記入)	
		FAX番号	
(ふりがな) E-mailアドレス			
案内状を上記E-mailで受信不可の場合	*案内状PDFを上記E-mailアドレスへお送りします。PDFを受信できない場合は、別の受信可能アドレスまたは希望の送付方法(郵送、FAXなど)と送付先を記入ください。		
研修修了後、厚労省及び岡山県ホームページでの氏名・所属施設・所属科の公開について、同意する場合は「可」、同意しない場合は「不可」を選択ください。	<input type="checkbox"/> 可 / <input type="checkbox"/> 不可		
備考	*勤務先が変わる予定で、厚労省・県への報告や公開が上記の施設名・所属科では不都合な場合は、開催日時点の施設名・所属科を記入ください。		

*「氏名」は修了証書に印字するため、楷書で丁寧に記入ください。
 *「経験年数」は概数で結構です。
 *ID、E-mailは、英数字・記号が判別できるよう丁寧に記入ください。当該ふりがなは、手書きやFAXでの提出の場合はなるべく可能な範囲で記入ください。
 *e-learning修了証書(PDF等データまたは印刷物)を添付ください。交付日が開催日から2年以内であることをご確認ください。

【緩和ケア研修会修了証書の送付先】

修了証書の交付は、集合研修の1~2か月後頃に簡易書留など対面受取形態で発送予定です。

上記の勤務先住所に送付の場合は、送付先住所欄に『同上』と記入ください。

(交付時期に退職や転居予定で発送前に確認連絡を希望されるなどの留意点があれば備考欄に記入ください。)

送付先住所、所属等宛名	〒		
(ふりがな) E-mailアドレス			
TEL番号	備考		

■お問い合わせ・申込先

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 人材開発センター 古米・影本
 〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1 E-mail: kanwakeakenshu@kchnet.or.jp
 部署直通TEL: 086-422-6275 / FAX: 086-421-3424