

開催日：【第22回】2025年12月6日（土）
会場：倉敷中央病院(倉敷市美和1-1-1)
提出締切：2025年9月30日（火）

■以下の必要事項をご記入ください。

【受講者情報】

ふりがな		職種	☐ 医師・歯科医師 ☐ その他 ↓職種を記入ください。 ()
氏名*			
(ふりがな) e-learningロ グ インID(受講者 ID)		生年月日 (西暦)	
生年月日(西暦)		臨床経験年数*	
性別	☐ 男 / ☐ 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	*医師・歯科医師のみ
勤務先の住所	〒	勤務先TEL	
		勤務先FAX	
		個人電話番号*	
E-mailアドレス	※こちらからのご案内を受信できるアドレスを記載ください。		
研修会修了後、厚生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。		☐ 可 / ☐ 不可	

- * 氏名は、修了証書に印字するため、正確に入力ください。
- * 臨床経験年数、緩和ケア経験年数は、大まかで結構です。
- * 個人電話番号は、入力内容に不備がある場合のお問合せや、当日の緊急連絡先として使用します。

【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か月後頃に発送予定です。
上記の勤務先住所に送付の場合は、こちらへチェックを入れてください。

上記勤務先と同じ送付先

その他送付先	〒
--------	---

申込先

kanwakeakenshu@kchnet.or.jp

※お申込みはメールのみ受け付けます。

■お問い合わせ

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 緩和ケア研修会担当
〒710-8602 岡山県倉敷市美和1-1-1 E-mail: kanwakeakenshu@kchnet.or.jp
TEL: 086-422-0210(代表)