（別紙２）

**佐賀大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書**

申込日　　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施　　設　　名 |  |
| 診療科(所属)名 |  |
| 職種 | 医師　・　医師以外（　　　　　　　　　　　　　） |
| 医籍登録番号  （医師・歯科医師のみ記載） | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日　第　　　　　　　　号 |
| 役　　　　　職 |  |
| e-learning ID |  |
| （ふりがな）  氏　　　　　名 | **※修了証書を発行する際に使用しますので、楷書でお書きください。** |
| 修了証送付先住所  （必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします） | **〒** |
| 修了した場合　氏名及び所属を　　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・令和　　年　　月　　日　(　　歳) |
| 連絡先  （必ずご連絡が取れる連絡先の  記載をお願いします） | （電話番号）  （メールアドレス） |
| お弁当申込 | 要　　・　　不要 |

* １　集合研修申込みに当たっては事前にe-learningの受講が要件です。

申込時にe-learning受講修了証を添付ください。

* ２　受講決定者には後日、「受講にあたっての注意事項等」を記載した案内を送付します。
* ３　修了された場合には、氏名及び所属等がホームページ等で公開される場合がありま

すが、このことに対し本人の同意の可又は否いずれかに○をご記入ください。

* ４　遅刻・早退・途中退出された場合は修了証が交付できません。
* ５　**今回提出いただいた個人情報は「佐賀大学緩和ケア研修会」の目的以外には利用し**

**ません。また、提出者の同意がない限り第三者に提供しません。**

【申込・照会先】

〒849-8501　佐賀市鍋島五丁目1番1号

佐賀大学医学部附属病院　医事課　納富

TEL:0952-34-3765　　FAX:0952-34-2071

E-mail: ijicancer@mail.admin.saga-u.ac.jp