

令和8年度 長崎県島原病院
緩和ケア研修会集合研修参加申込書

全てご記入の上、FAX 0957-63-6544 へお申込みください。

申込締切: 2026年10月16日 ※「e-learning 修了証書」もご提出ください。

ふりがな			
氏名	※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でご記入ください。		
生年月日	昭和/平成	年	月 日生(歳)
e-learning 修了証書 受講者ID	* 申込みの際、e-learning が修了していることが必要となっています。		
e-learning 修了証書 交付日	西暦	年	月 日
施設名			
所属・役職			
職種	医師・歯科医師・その他()		
医籍登録番号 (医師のみ)			
連絡先(住所) 受講決定通知・修了証書の送付先	(施設・自宅) 〒 -	電話番号:	FAX 番号:
臨床経験	年	緩和医療経験	年
E-mail	@		
研修修了後の厚生労働省や長崎県ホームページ等での氏名公開	可・不可		

(太字内をご記入ください)

(事務局)

長崎県島原病院 がん診療センター 事務局: 市川・織田
TEL: 0957-63-1145 (内線 116) FAX: 0957-63-6544

受付 年 月 日 ㊞