

2025年 月 日

2025年度 島根県立中央病院 緩和ケア研修会 参加申込書  
FAX送信票 島根県立中央病院 (FAX番号：0853-21-2975) 宛

\*送り状は不要です

下記にもれなくご記入の上、お送りください。

申し込み施設：

ご担当者：

郵便番号：

住所：

TEL：

FAX：

E-mail：

|   | 氏名<br>記載の通り修了証を発<br>行します。略字等に<br>ご注意ください。 | 職名<br>医師の方は、役職を<br>ご記入ください<br>部長、医長、初期臨<br>床研修医etc. | 所属診療科 | 所属部署<br>(医師以外) | 医籍番号<br>(6桁)<br>(医師のみ) | 年齢 | 臨床経験<br>年数<br>(満年数) | 緩和医療<br>経験年数<br>(満年数) | 修了後厚労省や<br>県等HPでの<br>氏名・所属公開                           | 当日の<br>連絡先 | 当日弁当の有<br>無<br>(1000円)<br>※当日にお支<br>払いください            |
|---|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|----------------|------------------------|----|---------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------|
| 1 | フリガナ                                      |                                                     |       |                |                        |    |                     |                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 2 | フリガナ                                      |                                                     |       |                |                        |    |                     |                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 3 | フリガナ                                      |                                                     |       |                |                        |    |                     |                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 4 | フリガナ                                      |                                                     |       |                |                        |    |                     |                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 5 | フリガナ                                      |                                                     |       |                |                        |    |                     |                       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |            | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※参加希望者が6名以上の場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。