

・石巻赤十字病院 総合患者支援センター 伊藤 京 行

・FAX番号:0225-96-5147(申込締切:2020年12月18日(金)まで)

### 第99回 宮城県緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

開催日:2021年1月16日(土)

医療機関名(施設名)		
診療科		
職名		医師 ・ 歯科医師 ・ その他( )
フリガナ		
氏名		
医籍登録番号 ※歯科医師は歯科医籍登録番号		
医師・歯科医師等の経験年数		年      ヶ月
がん等診療の経験年数		年      ヶ月
e-learning ID		※e-learning 修了証書のコピーを添付してください。
連絡先	住所	〒      -  (施設・自宅)どちらかに○をつけてください。
	電話番号	
	ファクシミリ	
	メールアドレス	
研修会修了後、宮城県が氏名、所属を公開することの同意		同意します      ・      同意しません

※連絡先には、受講決定通知後、修了証書の交付、その他確認事項があった場合に連絡いたします。

※申込受理後、7日以内にメール又はファクシミリで受け取り通知を送付いたします。

7日以内に受け取り通知が届かなかった場合は、下記までご連絡下さい。

・石巻赤十字病院 総合患者支援センター 伊藤 京 TEL:0225-21-7220(内線1786)

※収集した個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。

◆集合研修修了後、ポストアンケートを実施いたします。受講時にはe-learningパスワード及びパソコン又はタブレット、スマートフォンのいずれかをお持ちください。難しい場合は、主催病院担当者にご相談ください。