

福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)		所属(診療科)	
医籍登録番号	号	医師免許取得後の臨床経験年数	年間
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
がん患者との日常診療での関わり※	i がん患者の主治医や担当医 ii がん患者の主治医等からの診察依頼を受けた場合や当直業務等で診療を行うことがある iii がん患者との日常的な対面は想定されない(病理診断医や放射線診断医など)		
性別※	男性・女性	年齢	歳
ふりがな			
氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします)			
連絡先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします)	〒		
修了証書送付先住所を福岡県にお知らせすることについて御承諾いただけますか。※	・承諾します		・承諾しません
研修会終了後、国及び福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※	・承諾します		・承諾しません
参加希望課程※ 1, 2, 3より1つ選択してください。	1 研修A課程・B課程両方 2 研修A課程のみ * 修了証書の交付には研修B課程の1年以内での受講修了が条件です。 3 研修B課程のみ (研修A課程の取得年月日: 年 月 日) (取得会場名:) * 研修B課程については研修A課程の事前の単位取得が受講条件です。		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。※	・希望します※生年月日< 年 月 日 > ・希望しません ※生涯教育制度単位認定希望者は、必ず生年月日を記入してください。		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意: 修了証書がお手元に届くまでに2, 3か月を要する場合があります。

申し込み方法等については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。