山口県医師会医療課　山田　行

**ＦＡＸ：０８３-９２２-２５２７**

**山口県緩和ケア研修会申込書（兼受付確認書）**

令和４年１2月１８日（日）開催

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 年齢 | 歳 |
|  |
| 主たる専門分野 | ※1分野のみご記入ください | 医籍登録番号 |  |
| 所属医療機関名 |  |
| 所属科 |  | 役職名 |  |
| 受講決定通知送付先住所 | 〒　　　　- |
| 連絡先 | TEL：※研修当日連絡のとれる電話番号をご記入ください。 |
| FAX： |
| 研修会修了にあたり、所属及び氏名を厚生労働省ホームページ等において公表することに同意しますか。（いずれかに✓をご記入ください） | □同意する 　□同意しない |

必ず「e-learning修了証書」とあわせて申込書をファックス送信してください。

山口県医師会 通信欄 （　　月　　日　）

上記の内容により申込を受付けました。

※受付確認のため、折返しFAX送信します。返信がない場合は事務局までご連絡下さい。

（山口県医師会事務局　TEL：083-922-2510）