山口県医師会医療課（三津井）行

FAX：083-922-2527/E-mail：iryouka@yamaguchi.med.or.jp

**山口県緩和ケア研修会申込書（兼受付確認書）**

令和7年2月9日（日）開催

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 年齢 |  | 歳 |
|  |
| 主たる専門分野 |  | 医籍登録番号 |  |
| ※1分野のみご記入ください |
| 所属機関名 |  |
| 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： |
| E-mail： |
| 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 |

申込書とあわせて必ず「e-learning修了証書」もFAXまたはメールで送信してください。

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。