**令和6年度　兵庫県立西宮病院　緩和ケア研修会**

**参加申込書**

**E-mail：****Ryouhei\_Oomori@pref.hyogo.lg.j****総務課　大森　宛て**

申込日：R6　年　 月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 　 |
| 氏　名 | （修了証書で使用しますので、楷書でお書き下さい。） |
| 　 |
| 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 年　齢 | 　　　　　　　　　　歳 |
| 住　所 | 〒　　　　　－（修了証等の送付先となります） |
| 電話番号 | -　　　　　　 - | （こちらからご連絡を差し上げることがありますので、連絡がつきやすい番号・アドレスをご記入ください） |
| FAX | -　　　　　　 - |
| E-mail |  |
| 施設名・所属 |  |
| 専門領域 |  |
| 臨床経験年数 | 　　　年 |
| 緩和医療経験 | 　　　年 |
| 医籍登録番号（医師のみ） | （厚生労働省への登録に必要ですので、正確にご記入ください） |
| 修了後厚労省HPでの所属・氏名の公開 | 可　　　　・　　　不可　　　　　（いずれかに○をお願いします） |
| 備　考 |  |