

(白河厚生総合病院 緩和ケア研修会担当 宛)

緩和ケア研修会 集合研修参加申込書

病院名 (施設名)		部署 (診療科)	
医籍登録番号 (医師のみ)	号	医師免許所得の臨床経験年数 (医師のみ)	
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	
性別※	男性 ・ 女性	年齢	
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 での記載をお願いいたします)			
連絡先 (こ ちらからご連絡を差し上げる場合もあります。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島県にお 知らせすることについてご承諾い ただけますか。※	・ 承諾します ・ 承諾しません		
研修会終了後、国及び県が貴殿の氏名及 び所属を公開することについてご承諾い ただけますか。※	・ 承諾します ・ 承諾しません		
医師会員の方のみご記入くだ 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。		

◆追加確認事項 グループ分け等の参考にさせていただきますので、以下の項目にもご記入ください。

生年月日 (西暦)	年 月 日	役職		研修医の場合※	前期・後期
医療用麻薬の処方	0件 ・ 1～5件/年 ・ 6件以上/年	年間2人以上の看取りの経験※	あり・なし		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いいたします。

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。

■上記申込書にご記入のうえ、総務課へ直接持参・郵送もしくはFAX・E-mailでお申し込みください。

〈問い合わせ・送付先〉 申込締切 : 2025年9月5日(金) 必着
〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2番地1 白河厚生総合病院 総務課 (担当: 山田)
TEL: 0248-22-2211 FAX: 0248-22-2218 E-mail: yamada-s@shirakawa-kosei.jp