ＦＡＸ送信先：０３－３４８０－５７００

東京慈恵会医科大学西部医療センター　緩和ケア研修会　参加申込書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ふりがな＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿＿＿＿

※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書ではっきりとお書きください

医籍登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師以外の場合は不要です

e-learning サイト　ログイン ID＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　厚労省 e-learning 受講サイトにて登録したログイン ID を必ずご記載ください

郵便番号　　－＿＿＿＿＿＿

住所（　施設　・　自宅　）　後日、修了証書を郵送するためお間違いのないようご注意ください

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時連絡先（携帯電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名・所属/診療科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役職＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　職種（医師以外の方）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

臨床経験　　年　　緩和医療経験　　年

E-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修終了後厚労省 HP での氏名の公開　　可　・　不可

【募集締切】2026年2月6日（金）※定員に達し次第締め切らせていただきます

【注意事項】参加要件として**事前に e-learning 修了証を提出していただくことが必須**となります。

e-learning 修了証を2月6日までに 慈恵医大西部医療センター 管理課宛てにご提出ください。

すでに修了済の方は、当申込書に修了証を添付のうえ お申込みください。

≪申込・連絡先≫

〒２０１－８６０１　東京都狛江市和泉本町４－１１－１
東京慈恵会医科大学西部医療センター　管理課（担当：石垣）
電　話：０３－３４３０－８６８６（内線３７１２）自動オペレーター
ＦＡＸ：０３－３４８０－５７００
E-mail：daisan_kanrika@jikei.ac.jp