別添2

**2024年度香川労災病院緩和ケア研修会　参加申込書**

**施設名**

**診療科または所属部署**

**職種**

**臨床経験 　　　　年　　緩和医療経験　　　有　・　無**

**ふりがな**

**氏　　名**

**医籍登録番号 　　　　　　　　　　（医師のみ）**

**※厚生労働省へ参加予定者名簿を提出する際、記載が必要となります。**

**年齢**

**郵便番号 　　　　　　　　　　（☐施設　☐自宅）**

**※郵便番号は7桁の数字を連続して入力してください。（例　7638502）**

**住　　所**

**電話番号**

**FAX**

**ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ**

**※携帯電話以外のものをご記入ください。**

**e-ラーニングID**

**またはe-ラーニング修了証書を添付**

**（e-ラーニング受講修了前でも申し込み可。研修会当日までに修了し証書を提出してください）**

**厚生労働省HP等での氏名･所属の公開の可否**[ ] **可**[ ] **不可**

**※厚生労働省では、研修修了者の氏名･所属について公開を予定しております。**

**問い合せ先　〒763-8502　丸亀市城東町３－３－１香川労災病院**

**総務課　藤本　TEL：0877-23-3111（代表）FAX：0877-24-1147　Mail：soumu02@kagawah.johas.go.jp**