**宮城県立がんセンター　事務局　医事・経営改革グループ　荒木　行**

**メール：**[**mcc-keiei@miyagi-pho.jp**](mailto:hironori-murakami@miyagi-pho.jp)

**第142回　宮城県緩和ケア研修会　集合研修参加申込書**

**開催日：令和7年１２月6日（土）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属医療機関名（施設名） | |  |
| 診療科 | |  |
| 職　　　　名 | |  |
| 職　　　　種 | | 医　師　・　歯科医師　・　その他（　　　　　　　　） |
| フ リ ガ ナ | |  |
| 氏　　　　名 | |  |
| 医籍登録番号  ＊歯科医師は歯科医籍登録番号 | |  |
| 医師・歯科医師等の経験年数 | | 年　　　　　カ月 |
| がん等診療の経験年数 | | 年　　　　　カ月 |
| e-learning　ID | |  |
| ＊e-learning修了証書を添付してください。 |
| 連絡先 | 住　　所 | 〒  （施設・自宅）　どちらかに○をつけてください。 |
| 電話番号 |  |
| ファクシミリ |  |
| メールアドレス |  |
| 研修会修了後，氏名・所属・所属課を公開することの同意 | | 同意します　　　　　同意しません |

＊連絡先には、受講決定通知、修了証書の交付、その他確認事項があった場合に連絡いたします。

＊申込書受理後、７日以内にメールで受け取り通知を送付いたします。

＊収集した個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。

**◆集合研修修了後、ポストアンケートを実施しますので、受講時にはe-learningパスワード及びパソコン又はタブレット、スマートフォンのいずれかをお持ちください。難しい場合は,主催病院担当者に御相談ください。**