

御記入後、e-learning の修了証書を添えて下記 FAX あてお申込みください。

**FAX : 0965-32-4405**

## 熊本労災病院 緩和ケア研修会参加申込書

申込締切:令和7年7月25日(金)

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ※楷書でご記入ください。

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 医籍番号(医師のみ) \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

修了証書の郵送先の住所です。勤務施設あて送付を希望される場合は御記入は不要です。

住所(施設・自宅) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

医師の方へ 研修終了後厚労省 HP での氏名公開 可 ・ 不可 \_\_\_\_\_

昼食(弁当 500円) 希望 する ・ しない \_\_\_\_\_

緩和ケア研修会 e-learning

<https://www.kanwacare.net/jspm-peace/>



【申込・問合せ先】

熊本労災病院 総務課 森田  
〒866-8533 熊本県八代市竹原町 1670

TEL : 0965-33-4151

FAX : 0965-32-4405

Mail : soumu1@kumamotoh.johas.go.jp