

岐阜県がん等の診療に携わる医師・歯科医師等に対する緩和ケア研修会

参 加 申 込 書

令和 7 年 月 日

下記のとおり、「岐阜県がん等の診療に携わる医師・歯科医師等に対する緩和ケア研修会」への参加申込みをします。

所属施設名		
施設住所		
連絡先	電話(内線)	
	E-mail	

① ふりがな 氏 名	② 医籍登録番号 または職種	③ 所属科	④ 経験年数	⑤ e-learning ユーザーID	⑥ 情報 公開
	医籍登録番号 () 職種 ()				可 ・ 不可
	医籍登録番号 () 職種 ()				可 ・ 不可
	医籍登録番号 () 職種 ()				可 ・ 不可
	医籍登録番号 () 職種 ()				可 ・ 不可

- ①氏名は、修了証書で使用しますので楷書で御記入ください。
- ②医師・歯科医師の方は、医籍登録番号を御記入ください。医師・歯科医師以外の方は、国家資格等を御記入ください。
- ⑤e-learning の申し込み時に発行されたユーザーID を御記入ください。
- ⑥同意が得られた方については、修了情報を岐阜県ホームページにて公開いたします。
(医師・歯科医師のみ)