

令和8年度霧島市立医師会医療センター緩和ケア研修会（集合研修）受講申込書

（ふりがな）

◆氏 名： _____（☐男・☐女） 年齢： _____ 歳

※修了証書に記載しますので、楷書の大きな文字で正確に記入して下さい。

◆所 属： _____

役 職 名： _____

◆職 種：☐医師 ☐歯科医師 ☐看護師 ☐薬剤師 ☐MSW ☐その他（ _____ ）

◆臨床経験年数： _____ 年（グループ分けの参考とします）

◆連絡先住所： 〒 _____

◆電話番号： _____

E-mail： _____

※連絡は原則メールで行います。
PDF ファイルなど添付可能なアドレスを指定してください。

◆緊急連絡先（携帯電話番号等）： _____

◆e-learning：☐修了済み ※修了証書を添えてFAXまたはメールで送付してください。
☐未修了 ※10月23日（金）までに修了証書をFAXまたはメールで送付してください。

◆e-learning 受講者ユーザID： _____
（PEACE プロジェクト <https://peace.study.jp/> からアクセスし e-learning 受講者新規登録時のIDを記載して下さい。）

↓ 医師の方のみご記入ください。

【主たる診療科】 _____

【医籍登録番号】 _____

【歯科医師登録番号】 _____

【修了者として氏名及び所属を公開することの同意】 ☐可 ☐否

※10月20日（火）までにお申し込みください。

連絡は原則メールで行います。お申込みから5日経っても当院からの連絡無い場合は、FAX やメールが届いていない可能性もありますので、その際はお手数ですがご一報くださいますようお願いいたします。

申込先：霧島市立医師会医療センター 総務課 小倉 正実 宛

FAX番号：0995-42-2158 E-mail：kirishima-mc@kirishima-mc.jp

※この用紙に直接ご記入の上、送信票なしでFAXして下さい。