別添

令和５年度　新潟大学医歯学総合病院緩和ケア研修会　受講申込書

申込書作成日：　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　） |
| 所属医療機関名 | 　 |
| 職種 | 　 |
| 専門分野（医師の場合） | 　 |
| 臨床経験年数（内がん臨床） | 臨床経験　　　　　年　　（がん臨床経験　　　　年　） |
| 医籍登録番号（医師・歯科医師の場合） | 　 |
| 受講通知連絡先となるE-mail | 　　　　　　　　　　@ |
| 緊急時連絡先（携帯電話等） | 　 |
| e-learning修了証書　ID |  |
| e-learning修了証書　交付日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 研修会の修了者は、原則として所属・氏名が公開されます（都道府県が国に報告するためです）。公開の可否について〇を付けてください。 | 所属・氏名の公開は、可　　　　　　　　　不可（不可に〇がない場合は可と判断します） |
|  |

「提出先」　新潟大学医歯学総合病院　医事課（緩和ケア研修会事務局）目黒・井部

・E-mail：kannwac@nuh.niigata-u.ac.jp

　　 ・TEL：025-227-2463／2438

・住所：〒951-8520　新潟市中央区旭町通1番町754