様式3

（九州厚生年金病院　緩和ケア研修会担当　宛）

福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)		専門(診療科)	
医籍登録番号	号	性別※	男性 ・ 女性
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
ふりがな			
氏名 (医師の方の場合、氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で楷書での記載をお願いします)			
連 絡 先 (こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください)			
TEL			
FAX			
E-mail			
修了証書送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の記載をお願いします)	〒		
修了証書送付先住所を福岡県にお知らせすることについて御承諾いただけますか。※	・承諾します　　・承諾しません		
研修会終了後、国及び福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※	・承諾します　　・承諾しません		
参加希望課程※ 1，2，3より1つ選択してください。	1　研修A課程・B課程両方 2　研修A課程のみ ＊修了証書の交付には研修B課程の同一期限内での取得が条件です。 3　研修B課程のみ （研修A課程の取得年月日:　　年　　月　　日） （取得会場名　　） ＊研修B課程については研修A課程の事前の単位取得が受講条件です。		
医師会員の方のみ御記入ください。 日本医師会が行っている生涯教育制度の単位認定を希望しますか。※	・希望します　　・希望しません		

※の箇所は、該当するものに○印をお願いします。

注意：修了証書がお手元に届くまでに2，3か月を要する場合があります。

申し込み方法については受講希望実施機関毎のホームページをご覧ください。

申し込み期限：平成 24 年1月 12 日（木）＊定員になり次第、締め切らせていただきます

FAX:0120－229－822

◆ 定　員：24名
◆ 申込書1枚につき1名様の申し込みとなります。
◆ お申し込み後に、キャンセルされる場合は、下記連絡先にお電話又はFAXでご連絡ください。

【申し込み先】
九州厚生年金病院　医療支援部
〒806-8501　北九州市八幡西区岸の浦1丁目8番1号　　TEL:093-641-9715(直通)　FAX:0120-229-822(直通)