**高知医療センター**

**がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会**

**参加申込書**

開催日：令和７年１月26日　　申し込み期限：令和７年１月９日

氏名　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）　　　　　　　　　　年齢　　　 　歳

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

e-learninｇ　受講者ID

※申し込み時はID取得のみで構いませんが、集合研修の受講までにe-learningを完了し、

修了証書を令和７年１月21日（火）までにお送りください。

※e-learningはhttps://peace.study.jp/rpv/　（日本緩和医療学会HP）にあります。

住所（施設・自宅）

〒　　　 －

電話番号　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ※当日、連絡がとれる番号をご記入ください。

FAX

E-mail

施設名・所属

役職　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医籍番号

臨床経験　　　　　　　　年　　　　　　　　　緩和医療経験　　　　　　　　年

研修終了後厚労省HPでの氏名公開　　　　可　　・　　不可

研修終了後厚労省HPでの所属公開　　　　可　　・　　不可

　　　　　　　　　　連絡先：　高知医療センター　事務局経営企画課　隅田

　　　 (TEL）088-837-6736　（FAX）088-837-6766