

令和 8 年度 行田総合病院 緩和ケア研修会 申込書

施設名／所属科			
ふりがな 受講者名			
職種	☐ 医師 ・ ☐ 歯科医師 ・ ☐ 薬剤師 ・ ☐ 看護師 ☐ 理学療法士 ・ ☐ 作業療法士 ・ ☐ その他()		
医籍・歯科医籍番号	第	号	
臨床経験／緩和ケア経験	臨床経験 年	緩和ケア経験 年	
所属施設住所			
所属施設電話番号			
e-learning 受講者 ID			
e-learning 受講状況	修了済み（修了証書を一緒にメールしてください） 未修了（研修 14 日前までに修了し、修了証書をメールしてください）		
本研修終了後、国及び県が貴殿の氏名及び所属・所属先を公開することにご承諾いただけますか？ ☐承諾する ・ ☐承諾しない			

申込者が受講者と異なる場合に記載：	
申込担当者 ：	
申込担当者連絡先 ：	

※上記情報は埼玉県、厚生労働省に情報提供しますのであらかじめご了承ください。

お問い合わせ先

社会医療法人壮幸会 行田総合病院

緩和ケア研修会 事務局 業務課 三木田

TEL048－552－1111 FAX 048－552－1116

E-mail pub_info@gyoda-hp.or.jp