

福井県緩和ケア研修会 受講申込書

受講会場：福井県済生会病院

FAX：0776-28-6651

福井県済生会病院 集学的がん診療センター 御中

職種 (○をつけてください)	医師・歯科医師 看護師・薬剤師・リハ・管理栄養士・ 栄養士・MSW・その他()		
(ふりがな) 氏名	* 氏名は必ず医籍登録されている字体でご記入ください。		
			性別 男 ・ 女
“e-learning” ログイン ID		“e-learning” 修了証番号	
医籍登録番号 (医師のみ)	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 第 号		
専門分野		経験年数	
麻薬扱い経験 (○印をつけてください)	頻用 ・ 有 ・ 無		
所属機関名	〒		
住 所	〒		
電話番号	当日も含めて連絡が取れる番号		{内線}
メールアドレス	_____		
研修修了後に国および福井県が貴殿の氏名および所属を公開することについて、同意いただけますか。 [医師は県のホームページでも修了の確認が可能となるため 同意いただくことを推奨しています。]	(医師のみ ○印をつけてください) 同意します。 同意しません。		
備 考	_____		

- ＜ご留意いただきたい点＞
- ※ “e-learning”修了証書を添付してご提出ください。
 - ※ “e-learning”ログインIDを必ず記入してください。また、修了証書の有効期限にご注意ください。
 - ※当日の服装は、カジュアル、ネクタイはなし、アクセサリは最小限でお願いします。
 - ※修了証書は勤務先へ送付します。

福井県緩和ケア研修会 受講申込書

受講会場：福井県立病院

FAX：0776-57-2945

福井県立病院 経営管理課 経営企画G 三村卓司 様

職種 (○をつけてください)	医師・歯科医師 看護師・薬剤師・リハ・管理栄養士・ 栄養士・MSW・その他()		
(ふりがな) 氏名	* 氏名は必ず医籍登録されている字体でご記入ください。		
			性別 男 ・ 女
“e-learning” ログイン ID		“e-learning” 修了証番号	
医籍登録番号 (医師のみ)	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 第 号		
専門分野		経験年数	
麻薬扱い経験 (○印をつけてください)	頻用 ・ 有 ・ 無		
所属機関名	〒		
住 所	〒		
電話番号	当日も含めて連絡が取れる番号		{内線}
メールアドレス	_____		
研修修了後に国および福井県が貴殿の氏名および所属を公開することについて、同意いただけますか。 [医師は県のホームページでも修了の確認が可能となるため同意いただくことを推奨しています。]	(医師のみ ○印をつけてください) 同意します。 同意しません。		
備 考	_____		

- ＜ご留意いただきたい点＞
- ※ “e-learning”修了証書を添付してご提出ください。
 - ※ “e-learning”ログインIDを必ず記入してください。また、修了証書の有効期限にご注意ください。
 - ※当日の服装は、カジュアル、ネクタイはなし、アクセサリは最小限でお願いします。
 - ※修了証書は勤務先へ送付します。

福井県緩和ケア研修会 受講申込書

受講会場：市立敦賀病院

FAX：0770-22-6702

市立敦賀病院 総務企画課 佐藤香苗 様

職種 (○をつけてください)	医師・歯科医師 看護師・薬剤師・リハ・管理栄養士・ 栄養士・MSW・その他()		
(ふりがな) 氏名	* 氏名は必ず医籍登録されている字体でご記入ください。		
			性別 男・女
“e-learning” ログイン ID		“e-learning” 修了証番号	
医籍登録番号 (医師のみ)	昭・平・令 年 月 日 第 号		
専門分野		経験年数	
麻薬扱い経験 (○印をつけてください)	頻用 ・ 有 ・ 無		
所属機関名			
住所	〒		
電話番号	当日も含めて連絡が取れる番号		{内線}
メールアドレス			
研修修了後に国および福井県が貴殿の氏名および所属を公開することについて、同意いただけますか。 [医師は県のホームページでも修了の確認が可能となるため 同意いただくことを推奨しています。]	(医師のみ ○印をつけてください) 同意します。 同意しません。		
備考			

- ＜ご留意いただきたい点＞
- ※ “e-learning”修了証書を添付してご提出ください。
 - ※ “e-learning”ログインIDを必ず記入してください。また、修了証書の有効期限にご注意ください。
 - ※当日の服装は、カジュアル、ネクタイはなし、アクセサリは最小限でお願いします。
 - ※修了証書は勤務先へ送付します。

福井県緩和ケア研修会 受講申込書

受講会場：福井大学医学部附属病院

FAX：0776-61-8656

福井大学医学部附属病院 がん診療推進センター 御中

職種 (○をつけてください)	医師・歯科医師 看護師・薬剤師・リハ・管理栄養士・ 栄養士・MSW・その他()		
(ふりがな) 氏名	* 氏名は必ず医籍登録されている字体でご記入ください。		
			性別 男 ・ 女
“e-learning” ログイン ID		“e-learning” 修了証番号	
医籍登録番号 (医師のみ)	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 第 号		
専門分野		経験年数	
麻薬扱い経験 (○印をつけてください)	頻用 ・ 有 ・ 無		
所属機関名	〒		
住 所	当日も含めて連絡が取れる番号 {内線}		
電話番号	{内線}		
メールアドレス	_____		
研修修了後に国および福井県が貴殿の氏名および所属を公開することについて、同意いただけますか。 [医師は県のホームページでも修了の確認が可能となるため 同意いただくことを推奨しています。]	(医師のみ ○印をつけてください) 同意します。 同意しません。		
備 考	_____		

<ご留意いただきたい点>
 ※ “e-learning”修了証書を添付してご提出ください。
 ※ “e-learning”ログインIDを必ず記入してください。また、修了証書の有効期限にご注意ください。
 ※当日の服装は、カジュアル、ネクタイはなし、アクセサリは最小限でお願いします。
 ※修了証書は勤務先へ送付します。