**ＦＡＸ送信先　０７５－３１１－９８６２**

**京都市立病院　地域医療連携室**

**緩和ケア研修会事務局**

～　全てのがん診療に携わる医師のための　～

**第９回京都市立病院　緩和ケア研修会　参加申込書**

**申込締切：１月６日（土）必着**

１　遅刻，途中退席の場合，修了証は発行されません。

２　定員に達した場合，締切といたします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名＊１ | 参　加希望日＊２ | 施設名 | 職種 | 所属（主要診療科目）＊３医籍番号（年月日） | 臨床＊４経験年数 | 連絡先＊５ |
| 電話番号 | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |
|  | ・1/27(土)　Ａ・Ｂ・1/28(日）　Ｃ・Ｄ |  |  | 所　属： |  |  |  |
| 医籍番号：登録年月日：　　年　　月　　日 |
|  | ・1/27(土)　Ａ・Ｂ・1/28(日）　Ｃ・Ｄ |  |  | 所　属： |  |  |  |
| 医籍番号：登録年月日：　　年　　月　　日 |
|  | ・1/27(土)　Ａ・Ｂ・1/28(日）　Ｃ・Ｄ |  |  | 所　属： |  |  |  |
| 医籍番号：登録年月日：　　年　　月　　日 |

＊１：ご記入の表記に基づいて厚生労働省より修了証が発行されます。

＊２：参加を希望される日に○をつけてください。（1/27(土)：区分Ａ，Ｂ　1/28：区分Ｃ，Ｄ）

＊３,＊４：ワークショップ，ロールプレイのグループ分けの参考にさせていただきますので，できるだけ詳しくご記入ください。

＊５：確実に連絡可能な方法をご記入ください。

＊６：昼食につきましては，病院内のレストラン・喫茶・コンビニをご利用ください。

＊７：緩和医療薬学会認定単位の申請を希望される方（当該学会員で薬剤師のみ）は，記入された職種を○で囲ってください。