



地方独立行政法人 りんくう総合医療センター

申込日付：2019年 月 日

### 第11回りんくう緩和ケア研修会参加申込書

申込期限：2019年4月26日(金)17:00  
(定員に達し次第締め切り)

ふりがな		
氏名		年齢

※厚生労働省又は大阪府からの修了証書で使用するので楷書ではっきりとお書き下さい。

郵便番号	-	
住所(施設・自宅)		
<input type="checkbox"/> 携帯電話		<input type="checkbox"/> 電話

※緊急時の連絡先として必ずご記入下さい。 ※日中に連絡可能な連絡先に をお願いします。

<input type="checkbox"/> E-mail	@	
---------------------------------	---	--

※研修会案内をメールにて行いますので、E-mailアドレスは必ずご記入下さい。

施設名		
所属部署(科)	役職	
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 研修医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他( )	

※該当に  をつけて下さい。

臨床経験	年目	緩和医療経験	年目
e-learning ID	ID ( )	参加回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 回目

※該当に  をつけて下さい。

#### ◆以下、医師のみ回答ください

医籍登録番号	研修修了後 厚労省HPでの氏名公開	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
--------	----------------------	--

がない場合は公開可とさせていただきます。

※ 全てのプログラムをすべて修了し、e-learningシステムにてポストアンケートの受講(必須)を完了すると、厚生労働省健康局長から(医療従事者は大阪府知事から)修了証書が授与されます。

※ 途中参加や途中退室があった場合は授与されませんので、申込後、参加が難しくなった場合は直ちにご連絡下さい。

連絡先：〒598-8577 大阪府泉佐野市りんくう往来北2-23  
地方独立行政法人 りんくう総合医療センター  
医療マネジメント課 医事係

TEL : 072-469-3111 (内線:1231・1230)

FAX : 072-469-7838

E-mail : [r-kanwacare@rgmc.izumisano.osaka.jp](mailto:r-kanwacare@rgmc.izumisano.osaka.jp)