

令和4年度 宮崎県緩和ケア研修会 参加申込書

期日 令和4年9月23日(金)

場所 宮崎県立宮崎病院 1階講堂

ふりがな			
氏名 (氏名は医籍登録されている氏名・ 字体で記載をお願いします(医師の み))			
職 種(国家資格等)		医師 ・ 看護師 ・ その他()	
医籍登録番号(医師のみ)		平成・令和 年 月 日 第 号	
所属(病院名、施設名)			
所属科		職 名	
専門分野(経験年数)		(年)	
連絡先	TEL		
	FAX		
	E-mail		
	修了証送付先住所	〒	
研修会終了後、国及び宮崎県が貴 殿の氏名及び所属を公開すること についての可否(医師のみ)※		<input type="checkbox"/> 可(承諾します) <input type="checkbox"/> 否(承諾しません)	
日本医師会が行っている生涯教育 制度の単位認定を希望しますか (医師のみ)※		<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
e-learning 修了証書交付日	年 月 日	e-learning 修了証書ID	

※の箇所は、該当項目の□にチェック(☑または■)をお願いします。

【申込先】〒880-8510 宮崎市北高松町5-30

宮崎県立宮崎病院 医療秘書室 濱畑(内線 2450)

TEL:0985-24-4181 FAX:0985-38-4118

※申込は郵送またはFAXをお願いします。

※昼食は各自、ご用意下さい(1Fファミリーマートは営業しています)