

令和6年度 宮崎県緩和ケア研修会 参加申込書

期日 令和6年9月14日(土)

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、該当項目の口チェック(☑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 坂元(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)