

【送付先】

岩手県立大船渡病院  
患者総合支援センター  
FAX:0192-27-7170

平成30年度気仙地域緩和ケア研修会申込書

※修了証発行の際に使用しますので、楷書でお書きください。

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 昼食のお弁当 希望する ・ 希望しない

連絡先（勤務先 ・ 自宅）どちらか○で囲んでください。 \_\_\_\_\_

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

所属名（医療機関名） \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_ 臨床経験 \_\_\_\_\_ 年

医籍等登録番号 \_\_\_\_\_

医療用麻薬（オピオイド）処方経験 \_\_\_\_\_ 有 ・ 無  
(医師の場合)

E-mail \_\_\_\_\_

e-learning受講者ID（ログインID） \_\_\_\_\_

※各自、e-learningサイトにて受講者登録を行い、受講者IDを取得の上、  
記入してください。

研修修了後、岩手県HP及び厚労省HPでの氏名・所属公開 可 ・ 不可 \_\_\_\_\_

【連絡先】

〒022-8512 大船渡市大船渡町字山馬越10-1  
岩手県立大船渡病院 患者総合支援センター 平野・新田  
TEL 0192-26-1111 FAX 0192-27-7170