

【送付先】

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

令和元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）

\_\_\_\_\_

※e-learningサイトから受講者登録を行い、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 佐々木・新田

TEL:0192-26-1111 FAX:0192-27-7170