様式３－２（医師以外の医療従事者）

（　　小倉医療センター　　緩和ケア研修会担当　宛）

福岡県単位型緩和ケア研修会参加申込書

病院名（施設名及び所属部署）		性別※	男性 ・ 女性
職種※	看護師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　）		
がん診療に関わった年数	年間	緩和医療の臨床経験年数	年間
ふりがな		年齢	歳
氏名 （氏名は修了書に記載されます。楷書での記載をお願いします）			
連絡先 （こちらからご連絡を差し上げる場合があります。緊急時も含め、連絡のつきやすい番号をご記入ください）			
TEL			
FAX			
研修会終了後、福岡県が貴殿の氏名及び所属を公開することについて御承諾いただけますか。※	・承諾します　　・承諾しません		
参加希望課程※ 1，2，3より1つ選択してください。	1　研修A課程・B課程両方 2　研修A課程のみ ＊修了証書の交付には研修B課程の1年以内の受講修了が条件です。 3　研修B課程のみ （研修A課程の取得年月日：　　年　　月　　日） （取得会場名：　　） ＊研修B課程については研修A課程の事前の単位取得が受講条件です。		

※の箇所は、該当するものに○印もしくは記載をお願いします。

申込締切

通常受け付けの締切りは6月16日(必着)、FAX の場合は24 時までとさせていただきます。（FAX送信の方は本用紙を送信ください）

※参加者の決定方法は原則先着順とさせていただきますが、医療機関、地域、職種の偏り等を配慮して選定させていただく場合がございますのでご了承ください。

連絡先：〒802-8533 北九州市小倉南区春ケ丘10番1号
担当：小倉医療センター 経営企画室（担当：廣瀬）