

佐賀大学緩和ケア研修会参加申込書

申込日 月 日

施設名	
診療科(所属)名	
職種	医師 ・ 医師以外 ()
医籍登録番号 (医師のみ記載)	昭和・平成 年 月 日 第 号
役職	
e-learning ID	
(ふりがな) 氏名	※修了証書を発行する際に使用しますので、楷書でお書きください。
修了証送付先住所 (必ず受領できる住所及び所属等の 記載をお願いします)	〒
修了した場合 氏名及び所属を 公開することの本人の同意	同意する ・ 同意しない
生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
連絡先(電話番号)	

- ※ 1 集合研修申込みに当たっては事前に e-learning の受講が要件です。
申込時に **e-learning 受講修了証**を添付ください。
- ※ 2 受講決定者には後日、「受講にあたっての注意事項等」を記載した案内を送付します。
- ※ 3 修了された場合には、氏名及び所属等がホームページ等で公開される場合がありますが、このことに対し本人の同意の可又は否いずれかに○をご記入ください。
- ※ 4 遅刻・早退・途中退出された場合は修了証が交付できません。
- ※ 5 今回提出いただいた個人情報「佐賀大学緩和ケア研修会」の目的以外には利用しません。また、提出者の同意がない限り第三者に提供しません。

【申込・照会先】

〒849-8501 佐賀市鍋島五丁目1番1号
佐賀大学医学部医事課 地域医療連携室
[TEL:0952-34-3149](tel:0952-34-3149) FAX:0952-34-2071
E-mail:kanjaren@mail.admin.saga-u.ac.jp.