第14回泉州緩和ケア研修会参加申込書

**フリガナ**

**氏名※**　　　　　　　　　　　　　　　　**医籍（歯科医籍）番号#**

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。　　　#医師・歯科医師のみお書き下さい。

連絡先　　下記住所は　（施設　・　自宅）　（○印をお付け下さい）

〒　　　　　　　　　　　 住所

**電話番号**　　 　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

**施設名**

**診療科（所属）名**

**E-mail**

**e-learning ID**

**研修終了後厚労省ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞでの氏名公開**　　**可　　・　 不可**(〇をお付け下さい)

※グループ分けの参考のために次のアンケートにご回答お願いします。

職種：　医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他（　　　　　　　　　　　　）

役職　　　　　　　　　　　　　年齢　　　　　　歳　　性別　男 ・ 女

臨床経験　　　　　　　年　　オピオイド使用経験：　　有 ・ 無

緩和ケア従事経験：　有 ・　無　　在宅診療または在宅訪問経験： 有 ・ 無

お申込み先：市立岸和田市民病院 事務局 医療ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ課　担当：福本、荒武

〒596-8501　岸和田市額原町1001番地　　TEL：072-445-1000（内線3320）　　　　　　**FAX：072-441-8820**　　　**E-mail：**[**peace@kishiwada-hospital.com**](mailto:peace@kishiwada-hospital.com)

※参加の可否については、令和5年1月末頃にメール、郵送にてお知らせ致します。