ＦＡＸ送信票（添書不要です）

2026年度　島根大学緩和ケア研修会参加申込書

FAX番号：0853－20－2063

島根大学医学部医療サービス課がん診療担当　宛

申込み施設名：　　住所：〒　　－

TEL：　　E-mail　　ご担当者：

◎参加希望者が3名以上の場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。

番号	氏　　名 （修了証書に記載しますので判読できるように記載して下さい）	所属診療科	職　名	年齢	医籍登録番号 （医師は記入して下さい）	臨床経験年数	緩和医療経験年数	電話番号 （当日連絡のつくもの）	メールアドレス	厚労省HPでの氏名：所属の公開について	昼食弁当申込 有・無
1	フリガナ									可　・　不可	有・無
2	フリガナ									可　・　不可	有・無
3	フリガナ									可　・　不可	有・無

※厚生労働省HPへの氏名及び所属の公開について　：　可 または 不可 いずれかに ○ をお願いします。

※昼食弁当申込　：　有 または 無を いずれかに ○ をお願いします。
　申込みされた方は、弁当代（1，000円）を受付時にいただきます。

申込み締切り：2026年6月30日（火）17：00　必着　（定員になり次第締切りといたします）

e-learningの修了証も必ず一緒に提出して下さい。

※参加申込み後に出欠不可となった場合は至急ご連絡下さい。