

JCHO 人吉医療センター 宛 (FAX 0966-22-7879)

※ 申込期限：令和5年12月26日(火)

令和5年度人吉医療センター「緩和ケア研修会」(PEACE)参加申込書

令和6年1月27日(土)開催の上記緩和ケア研修会に下記の通り申し込みます。
ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳

※厚生労働省からの修了証で使用しますので、楷書でお書き下さい。

■ e-learning の受講 ID (必須) ID : _____

※ 修了 ID ではないのでご注意ください。

※ 修了予定で ID なしでも、まずはお申込みだけ頂けます。

施設名 _____ 所属科 _____

郵便番号 _____

住 所 (施設・自宅) _____

電話番号 _____ F A X _____

E-mail _____

職 種 医師 薬剤師 看護師 ケアマネージャー その他()
(※○印を付して下さい)

役 職 _____ 医籍登録番号 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

研修修了後、厚労省・熊本県 HP での氏名及び施設、所属科の公開： 可 ・ 不可昼 食 : 要 ・ 不要

※ 昼食の費用は後日ご連絡致します。

連絡先：JCHO 人吉医療センター 医療福祉連携室・がん相談支援センター
社会福祉士 南秀明 (PHS:774) / 鶴田真奈美 (PHS:407)
杉松紗織 (PHS:698)

〒868-8555 人吉市老神町35 TEL:0966-22-2191(代表)

FAX:0966-22-7879