

「 第 5 回 沖縄県緩和ケア研修会 2026 in 県立中部病院 共催：県立八重山病院 」
参加申込書

FAX 098-973-2703 総務課がん事務局宛て

締め切り日 令和 8 年 9 月 18 日 (金)

申し込み日	令和 年 月 日		
病院名 (施設名)			
部 署 (科 名)		職名 (役 職)	
専門分野		医師免許取得年	年
臨床経験年数	年	緩和医療経験年数	年
職 種	医師・研修医・歯科医師・看護師・薬剤師・その他 () ※該当するものに○印を付けてください		
ふりがな			
氏 名 (氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体をお願いします)			
医籍登録番号 (医師のみ)			
e-learning ID/パスワード	ID :	PW :	
e-learning 修了証の添付	☐ 添付しました (✓をお願いします)		
連 絡 先			
TEL			
FAX			
e-mail			
修了証送付先 (住所)	勤務先病院へ送付いたします。		
研修会終了後、国及び沖縄県が貴殿の氏名及び所属を公開することについてご承諾いただけますか。	・ 承諾する ・ 承諾しない ※がん診療連携拠点病院等 (琉大・県立中部・那覇市立・北部地区医師会・県立宮古・県立八重山) に勤務している方は、拠点病院等としての義務のため、公開致します。		
《緩和ケア集合研修受講前の注意点》 集合研修受講申し込み前に、e-learning を受講・修了する必要がございます。 ※集合研修へお申込みの際は、必ず e-learning ID、修了証書写しを提出して下さい。			
お弁当 注文 1 食 750 円程度 (ほっともっと) お弁当代金は集合研修当日、受付でお支払い下さい。なお、お釣りのないようご協力をお願いします。			
☐ 注文する ☐ 注文しない			