

新潟県立中央病院主催 緩和ケア研修会 受講申込書

申込書作成日: 令和 7年 月 日

記載漏れのないようにお願いいたします。

受講希望者氏名(ふりがな) ※楷書でお書きください	()	
年齢	歳	
施設名		
職種(医師等)・職位(科長等)		
分野(所属科)・臨床経験年数		年
緩和医療経験	年	
医籍登録番号(医師のみ)		
受講通知等の連絡先 E-mail	@	
案内等の発送先住所 該当先に○➡(勤務先・自宅)	〒 -	
連絡先(携帯電話等)	電話番号:	
	F A X :	
研修終了後厚労省HPでの 氏名公開(○をつけてください)	可	否

★ 昼食を希望されますか？ (☐ 希望する ☐ 希望しない)

★ 事前にe-learningを受講し、修了証書を受講申込書に添付してください。

当院で開催する緩和ケア研修会(集合研修)の受講資格は、e-learning修了者(修了証書交付より2年)となります。研修受講までの流れに関しては、がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針をご覧ください。

〈e-learningサイトへのリンク〉 <https://peace.study.jp/rpv/>

申込受付期間: 令和7年7月25日(金)～9月19日(金) ※先着順とさせていただきます。
提出先 : 新潟県立中央病院 経営課 緩和ケア研修会担当 または 医局図書室秘書
提出方法: メール、FAX、郵送

☎943-0192

新潟県上越市新南町205

TEL: 025-522-7711(代表) FAX: 025-521-3720(代表)

e-mail: keiei-9@cent-hosp.pref.niigata.jp