

## 【医師以外の医療従事者用】

### 2025 年度「和歌山県においてがん等の診療に携わる医師等に対する 緩和ケア研修会」（橋本市民病院主催）参加申込書【医師以外用】

|       |     |      |  |
|-------|-----|------|--|
| 施設名   |     |      |  |
| 連絡担当者 | 所属： | 氏名：  |  |
| 連絡先   | 電話： | メール： |  |

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   |        |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                   |        |     |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                   |        |     |
| 職 種                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師<br><input type="checkbox"/> その他（                      ） | 職種経験年数 | 年   |
| e-learning 修了証書交付日(交付日より2年以内有効)                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   | 年      | 月 日 |
| <b>【質問事項】WHO 方式がん疼痛治療について知っていますか？</b><br><input type="checkbox"/> よく知っている <input type="checkbox"/> ある程度知っている <input type="checkbox"/> どちらとも言えない<br><input type="checkbox"/> あまり知らない <input type="checkbox"/> 全く知らない |                                                                                                                   |        |     |

※ 集合研修の申し込みには e-learning 修了証書が必要です。  
必ず参加申込書と e-learning 修了証書を併せてご提出ください。

※ 締切日を過ぎた時点でのキャンセルは原則としてできません。

提出先：橋本市民病院 医事情報課 阪本 宛

F A X：0736 - 34 - 6233

住 所：〒648-0005 和歌山県橋本市小峰台二丁目 8 番地の 1

期 限：10 月 24 日（金）必着