＜送付先＞〒910-1193　福井県吉田郡永平寺町松岡下合月 23-3
福井大学医学部附属病院 福井県緩和ケアフォローアップ研修会事務局　宛

ＦＡＸ：0776－61－8656　申込締切：令和 8 年 11 月 26 日（木）

第 12 回福井県緩和ケアフォローアップ研修会 受講申込書

開催日：令和 8 年 12 月 13 日（日）

（ふりがな） 氏　　名	※修了証書の氏名になりますので楷書で正確に記入ください。 （ふりがな）	性別 男　・女
施　設　名		
診療科（所属）名		
職名（役職）		
職　　種	医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ その他（　　） 薬剤師（ 薬剤師免許番号　　）	
緩和ケア研修会 修了場所	緩和ケア研修会修了者のみご記入ください 都道府県名＿＿＿＿＿＿＿＿ 会場名（　　）	
臨床経験	年	
生年月日（年齢）	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳）	
修了した場合 氏名及び所属を公開する ことの本人の同意	同意する　・　同意しない	
連絡先（電話番号）	当日もご本人につながる連絡先をご記入下さい	
受講決定通知書等の 送 付 先 住 所	〒	
メールアドレス		

※　申込書はお一人１枚です。楷書で正確にもれなくご記入ください。
※　受講決定者には、研修会開催日の 3 日前までに受講決定通知を送付します。
　　受講決定通知のない方は研修を受けていただくことができませんのでご留意願います。