様式2

琉球大学病院主催
2025年度　第2回沖縄県緩和ケア研修会参加申込書

申込先：琉球大学病院　がんセンター　有山　宛

FAX:098-894-1519

※全ての項目をご記入ください。（記入漏れがあった場合はお申込み完了できかねますのでご注意ください）

病院名（施設名）			
部署（所属診療科）名		**職名（役職）**	
専門分野		**医師免許取得年**	西暦　　年
経験年数	年	**緩和医療経験**	年
職種（〇を付して下さい）	医師（ 教員 ・ 医員 ・ 大学院生 ・ 研究生 ）・ 研修医 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ その他（　　）		
がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者の算出基準 **（あてはまる箇所にチェックをお願いします）**	□ がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる医師 □ 上記の医師で、がん患者の主治医や担当医になることは想定されないが、主治医等から診察依頼を受けた場合や当直業務などでがん患者に対する診療を行うことがある医師 □ 病理診断医や放射線診断医など、がん患者との日常的な対面は想定されない医師 □ 研修医		
ふりがな			
氏名 **（氏名は必ず医籍登録されている氏名・字体で記載をお願いします）**			
医籍登録番号 **（医師・歯科医師・臨床研修医のみ）**			
e-learning　ID	ID：		
連絡先			
TEL（勤務先）	内線番号：		
FAX（勤務先）			
E-mail **（見えやすく・大きな文字で記入してください）**			
携帯番号（当日の緊急連絡先）			
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御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（琉大病院・県立中部病院・那覇市立病院・北部地区医師会病院・県立宮古病院・県立八重山病院）に勤務している医師は、がん診療連携拠点病院等としての義務のため、公開いたします。		

【お問合せ先】琉球大学病院　がんセンター　事務担当：有山（ありやま）
TEL:098-894-1524　FAX:098-894-1519　E-mail:ariyama_fxxx@cs.u-ryukyu.ac.jp