

提出先 総務企画課 高原元 宛

緩和ケア集合研修会参加申込書

(ふりがな) ※ふりがなも必ず記載下さい。
氏 名 _____

※ 厚生労働省の修了証書に使用しますので楷書でお書き下さい。

年 齢 才 _____ 医籍登録番号 _____
※医師・歯科医師は必ず記載

(医療機関、又は自宅住所) ※修了証書は研修修了後、記載された住所へ郵送いたします。

郵便番号 _____ e-learning 修了証書 ID _____
※e-learning 修了証書を添付される場合は不要

住所 _____

電話番号 _____

F A X _____

所属医療機関の名称(正式名称) _____

所属診療科(or 職種) _____ (役職 _____)

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名・所属の公開 (可 ・ 不可) _____

(連絡先)

〒745-8522 山口県周南市孝田町1番1号

独立行政法人地域医療機能推進機構徳山中央病院

担 当： 総務企画課 高原 元

T E L： 0 8 3 4—2 8—4 4 1 1 (内線6926)

F A X： 0 8 3 4—2 9—2 5 7 9

E-mail： takahara-hajime@tokuyama.jcho.go.jp