

第 12 回中津市民病院緩和ケア研修会参加申込書

e-learning 受講者 ID _____

e-learning 修了年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(注意)集合研修受講については、e-learning が修了していないと申込ができません。
受講申込書とともに必ず e-learning 修了証明のコピーを FAX してください。

フリガナ

氏名 _____ 医籍番号 _____

※厚生労働省からの修了証で使用するので楷書でお書き下さい。

年齢 _____ 歳 生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____

住所(施設・自宅) _____

電話番号 _____ FAX _____

施設名・所属 _____ 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 での氏名公開 可 ・ 不可 _____

医師会加入の有無 有(_____ 市医師会) ・ 無 _____

昼食(弁当)希望の有無(実費 500 円) 有 ・ 無 _____

(事務担当)
大分県中津市下池永173番地
中津市民病院 相談支援センター 石川・熊谷
(代表)TEL:0979-22-2480
(直通)TEL:0979-22-6521 FAX:0979-22-2448
E-mail: soudan@nakatsu-hosp.jp