

第 17 回中津市民病院緩和ケア研修会参加申込書

(医師・歯科医師用)

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します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 700 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 患者サポートセンター 橋内・山本

(代表)TEL:0979-22-2480

(直通)TEL:0979-22-6521 FAX:0979-22-2448

E-mail: soudan@nakatsu-hosp.jp