

F A X 送信票

F A X 番号 : 0246-27-2148 (総合医局) 担当 : 診療情報管理室

「第 11 回がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 in 浜通り」

【 参 加 申 込 書 】

※e-learning 受講修了書を必ず添付してください。

フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日
氏名				平成	年	月	日
自宅住所	〒						
	連絡先(携帯)		FAX				
e-learning 受講者 ID	ID :	※e-learning 修了証書に記載のある ID					
所属医療機関	名称						
	住所	〒					
		TEL	()	FAX	()		
	部署		役職				
職種	① 医師 ② 歯科医師 ③ 看護師 ④ 薬剤師 ⑤ 理学療養士 ⑥ 作業療養士 ⑦ 臨床心理士 ⑧ 言語聴覚士 ⑨ MSW ⑩ その他						
臨床経験年数	年	緩和医療経験年数	年	医籍登録番号	第	号	
連絡先 E-mail							
希望連絡先	① 自宅 ・ ② 所属医療機関						
修了後の氏名公開	① 可 ・ ② 不可 ※ 厚生労働省HPへ受講修了者として公開されることがあります。						
昼食	(要 ・ 不要) ※ ご希望の方はお弁当代 1,000 円を当日受付で徴収いたします。						