

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17回がん診療に携わる医療従事者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。

ふ り が な				生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日 歳
氏 名				男 女				
自 宅 住 所		〒						
		連絡先（携帯）			FAX			
e-learning 受講者 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 理学療法士 ⑥ 作業療法士 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。						

いわき市医療センター

※注意事項

本研修会では、感染症拡大防止の観点から、すべての参加者に対して、マスクの着用、手指消毒をお願いしておりますので、ご理解のうえお申込みをお願いいたします。