

彩の国東大宮メディカルセンター緩和ケア研修会参加申込書

※該当するものに、チェック を入れて詳細をご記入ください

医師 _____ 科 _____ 役職 _____ 臨床経験 _____ 年 緩和経験 _____ 年

研修医 _____ 臨床経験 _____ 年 緩和経験 _____ 年

医療従事者 職種 _____ 臨床経験 _____ 年 緩和経験 _____ 年

ふりがな _____

氏名 _____

※厚生労働省からの修了証で使用しますので、楷書・ふりがなを必ずご記入ください

生年月日 S H _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 施設 自宅 〒 _____

電話番号 _____ FAX _____

施設名 _____

E-mail _____

※以下医師・研修医のみ記入

医籍登録番号 _____

研修終了後厚生労働省HPでの氏名公開 可 不可