

FAX送信先:079-223-8310

姫路医療センターがん相談支援室 間庭 宛て

第10回 姫路医療センター緩和ケア研修会 参加申込書

e-learningの状況 どちらかに○をしてください	修了している 修了証書を印刷し、添付してください	8/20までに修了する 修了次第、修了証書を 速達で郵送してください
--------------------------------	-----------------------------	--

ふりがな			
氏 名		修了証書で使用しますので、楷書で丁寧にお書きください	
年 齢		歳	性 別 男性 ・ 女性
連絡先	住 所	〒 修了証書などの送付先となります 所属施設 ・ 自宅 どちらかに○をしてください	
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		
所属施設名			
職 種			
所属科			
役 職		研修医・専攻医の場合もお書きください	
医籍登録番号 (医師のみ)		第	号
臨床経験		年	
緩和医療経験		年	
研修後、厚生労働省及び兵庫県HPでの氏名等公開		可 ・ 不可	