

公立学校共済組合近畿中央病院 緩和ケア研修会集合研修 受講申込書
平成31年1月20日(日)

ふりがな		年齢	歳
受講者氏名	※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でご記入下さい。	性別	
医師免許 医籍登録番号 (※医師のみ)		「必須」 第	号
施設名 (勤務先名)			
所属部署 (診療科名)		職名(役職)	
臨床経験	年	緩和医療経験	年
がん患者 臨床経験	月平均の診療がん患者数	人程度	※およその数で結構です。

- 修了証書の送付先について ※修了証書は3月下旬に兵庫県健康福祉部から当院に届く予定です。

<input type="checkbox"/> 現在の勤務先でよい	
<input type="checkbox"/> その他	〒

- 連絡方法について

<input type="checkbox"/> 現在の勤務先でよい	
<input type="checkbox"/> その他	電話番号 : FAX番号 :
	Eメール :

- 駐車場について

<input type="checkbox"/> 利用する	<input type="checkbox"/> 利用しない
-------------------------------	--------------------------------

- 研修修了後、厚生労働省ホームページでの氏名公開の同意

<input type="checkbox"/> 公開可	<input type="checkbox"/> 公開不可
------------------------------	-------------------------------

※お申し込みの際は、緩和ケア研修会e-learningの修了証書を一緒にご提出ください。

お申し込み・お問合せ
公立学校共済組合近畿中央病院
企画課 診療情報管理係 丸山 朋子 (集合研修事務担当者)
☎電話 : 072-781-3712 (内線243) ☎FAX : 072-779-1567
✉E-mail maruyama_t@kich.itami.hyogo.jp