

<FAX宛先0562-93-3711>

藤田医科大学病院 総務課

第30回緩和ケア研修会参加申込書

※平成31年3月10日（日）の研修会を受講するにあたり、事前にe-learning受講が必須となっております。必ず、3月1日（金）までにe-learning受講を修了してください。3月2日（土）以降にe-learning受講の有無を確認させていただきますので、ご了承ください。

名称	開催日	締め切り
第30回緩和ケア研修会	平成31年3月10日（日）	平成31年2月28日（木）

ふりがな

氏名

※修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

年齢

郵便番号

連絡先住所（施設）

電話番号

FAX

所属施設名

診療科/役職

医籍登録番号（医師のみ記載）

臨床経験 年 緩和医療経験 年

E-mail(必須)

研修終了後厚労省・病院HPでの氏名公開（医師のみ） 可 ・ 不可

__現時点では、厚労省HPで氏名は公開されていません

__医籍登録番号、連絡先E-mailについて必ずご記載をお願いします

__今後の連絡はE-mailで行います。E-mailでの連絡がない場合には、お問い合わせください。