

2024年度千船病院緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)			
フリガナ	※ 厚労省からの修了証書で使用しますので楷書でお書き下さい。		
氏名	年齢	性別 男・女	
【連絡先】			
電話番号		FAX	
E-mail			
書類送付先住所(施設・自宅)	〒		
職種	医師 ・ 研修医 ・ 看護師 ・ コメディカル(職種:)		
	臨床経験 年	緩和医療経験 年	※研修医の場合 ○をお願いします 1年目 2年目
研修終了後厚労省HPでの氏名公開 可・不可		e-learning受講ID※1	
※医師のみ	医籍登録番号	第 号	医籍登録 S H R 年
【備考】 受講にあたり座席等配慮が必要な方はご記入をお願いします。			

【個人情報の取扱いについて】

ご提供いただいた個人情報は当研修会のみ利用するものであり、他の目的で使用するものではありません。

個人情報の取扱いについて、上記の内容に同意します。

★記入後、下記の連絡先まで郵送またはFAXをお願いします。

※e-learningを修了いただき、修了証のコピーを添付してください。

※参加者の決定は院内で調整させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

※お申し込み後に参加が難しくなった場合には、ご連絡くださいますようお願い致します。
参加決定通知が届きましたら、原則キャンセルできませんのでご注意ください。

【連絡先】

〒555-0034 大阪市西淀川区福町3-2-39

TEL: 06-6471-9541(代)

FAX: 06-6474-3390(がん相談支援センター直通)

担当: がん相談支援センター(斉藤)