

送信先 ; 会津中央病院
緩和ケア研修会 事務局 宛

FAX ; 0242-33-7101

がん診療に携わる医師・看護師・コメディカルに対する
緩和ケア研修会（集合研修） in 会津中央病院 2024

参加申込書

ふりがな			年	月	日
氏名			生年月日	(歳)
所属医療機関	名称				
	住所	〒			
	職種	TEL			
連絡方法		① FAX (FAX番号)			
		② メール (メールアドレス)			
臨床経験年数	年	緩和医療経験	年		
医師登録番号 (医師・歯科医師のみ)	第	号			
修了証送付先	① 自宅希望 ・ ② 所属医療機関希望				
自宅住所	※上記で【①自宅希望】とした方は、下記もご記載下さい。 〒				
	TEL				
修了後の氏名公開	① 可 ・ ② 否 (厚生労働省HPへ受講終了者として公表されます。)				
e-learning受講状況	↓ 修了済 ・ 未修了 ↓				
	e-learning修了証書と 参加申込書を一緒に FAX		参加申込書をFAXし、 e-learningの受講が修了 次第、修了証書をFAX		