

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 2025

参 加 申 込 書

ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)
氏名				
所 属 医 療 機 関	名称			
	住所	〒 TEL		
	職種	医師 歯科医師 その他 ()		
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		