

**第 17 回 焼津市立総合病院
緩和ケア研修会（集合研修）参加申込書**

下記の必要事項を記入しお申し込みください。

※申込の際には、本申込書と e-learning 修了証書を併せて提出してください。

※修了書で使用しますので楷書でお書きください。

ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
e-learning ID			
所属医療機関名		所属診療科 又は 所属部署	
職種	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 その他（ ）	職歴 及び 経験年数	年 月
連絡先	住所	※受講決定可否通知書及び研修会修了証書の送付希望先 〒	
	電話	※当日連絡が取れる番号	
	E-mail		
医籍登録番号 (医師のみ)			
研修修了後厚生労働省 HP での氏名及び所属の公開 (医師のみ)			可 ・ 否
昼食希望 (1食 1000円)			要 ・ 不要

【送付先】 FAX : 054-623-3194
E-mail : cancerregistry@hospital.yaizu.shizuoka.jp

問い合わせ・連絡先
焼津市立総合病院
医事課 渡邊・北川
TEL : 054-623-3111 (内線 2189)