

岸和田徳洲会病院緩和ケア研修会参加申込書

氏名 _____

※厚生労働省からの修了証で使用しますので楷書でお書き下さい。

医籍登録番号 _____

年齢 _____

郵便番号 _____

住所(施設・自宅)

電話番号 _____

FAX _____

施設名・所属 _____

役職 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後厚労省 HP での氏名公開 可 ・ 不可 _____

申し込みまでに e-ラーニングをなるべく受講し、修了していること。

e-learning 受講者 ID _____

連絡先:

〒596-8522

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院

担当:診療情報管理室

TEL:072-445-9915(代表)

FAX:072-445-9793