

2019年度 島根県立中央病院 緩和ケア研修会 参加申込書  
 FAX 送信票 島根県立中央病院 医療支援室 (FAX 番号: 0853-30-6468) 宛

下記にもれなくご記入の上、必ず e-learning 修了証とともにお送りください。

\* 送り状は不要です

申し込み施設 \_\_\_\_\_ ご担当者 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

	氏名 記載の通り修了証を発行します。 略字等にご注意ください。	所属診療科	医籍番号(6桁) (医師のみ)	職名 医師の方は、部長・医長・ 初期臨床研修医等役職を ご記入ください	年齢 R1. 7. 28 時点	臨床経験 年数 (満年数)	緩和医療 経験年数 (満年数)	修了後の厚労省や県等 の HP での 氏名・所属公開	当日連絡が 取れる電話番号
1	フリガナ							<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
2	フリガナ							<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
3	フリガナ							<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
4	フリガナ							<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
5	フリガナ							<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

※参加希望者が6名以上の場合は、この用紙をコピーしてご使用ください。