

2020年度千船病院緩和ケア研修会参加申込書

病院名(施設名)			
フリガナ	※ 厚労省からの修了証書で使用しますので楷書でお書き下さい。		
氏名	年齢	性別 男・女	
【連絡先】			
電話番号		FAX	
E-mail			
書類送付先住所(施設・自宅)	〒		
職種	臨床経験 年	緩和医療経験 年	
研修終了後厚労省HPでの氏名公開	可・不可	e-learning受講ID※1	
通信機器について※2	どちらかに○を 1. ご自身で通信機器・インターネット環境を確保できる 2. 通信機器及びインターネット環境の確保不可		
※医師のみ	医籍登録番号	第 号	医籍登録 S・H 年

【個人情報の取扱いについて】

ご提供いただいた個人情報は当研修会のみ利用するものであり、他の目的で使用するものではありません。

□ 個人情報の取扱いについて、上記の内容に同意します。

★記入後、下記の連絡先まで郵送またはFAXをお願いします。

※1e-learningを修了いただき、修了証のコピーを添付してください。

※2受講修了時にインターネット接続下での修了テストの実施を予定しております。

※参加者の決定は院内で調整させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

※お申し込み後に参加が難しくなった場合には、ご連絡くださいますようお願い致します。
参加決定通知が届きましたら、原則キャンセルできませんのでご注意ください。

【連絡先】

〒555-0034 大阪市西淀川区福町3-2-39

TEL:06-6471-9541

FAX:06-6474-0069

担当: 医事科(大西)/医療福祉相談科(齋藤)