

# 申込先 FAX:052-653-3533

## 中部ろうさい病院緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

※厚生労働省からの修了証で使用するので楷書でご記入下さい。

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 e-learning 修了ID \_\_\_\_\_

※ 必ずご記入ください。

医籍登録番号（医師・歯科医師のみ） \_\_\_\_\_

住所（施設・自宅）

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

緊急連絡先（開催中止時等の連絡先） \_\_\_\_\_

施設名・所属診療科 \_\_\_\_\_

役職 \_\_\_\_\_

臨床経験 \_\_\_\_\_ 年 緩和医療経験 \_\_\_\_\_ 年

専門分野 \_\_\_\_\_

研修修了者としての氏名等の公開※ 可 \_\_\_\_\_ ・ 不可 \_\_\_\_\_

※ 厚生労働省・県・中部ろうさい病院のホームページなど

連絡先 独立行政法人労働者健康安全機構

中部ろうさい病院 経営企画課

TEL：052-652-5511

FAX：052-653-3533