

がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会

(災害医療センター)

参加申込書

氏名(よみがな) _____

※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 _____

e-learning ID _____

年齢 _____

郵便番号 _____

住所(施設・自宅) _____

電話番号(研修会当日連絡がつく番号) _____

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 _____

連絡先:

〒190-0014 東京都立川市緑町3256

災害医療センター 経営企画室 担当：大矢（内線 3427）

TEL：042-526-5578 FAX：042-526-5667

E-mail：ooya.hiromi.kw@mail.hosp.go.jp