

送信先 : 広島赤十字・原爆病院 がん相談支援センター(木岡)宛

FAX番号: 082-241-3161

緩和ケア集合研修会 参加申込書

❖ 申込締切 平成31年1月11日(金) 17時 ❖

① 施設名			
② 氏名	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
		年齢	歳
③ 所属・職名			
④ 専門分野			
⑤ 医籍登録年月日 (医師)	昭和 ・ 平成	年	月 日
⑥ 医籍登録番号 (医師)	第	号	
⑦ 研修修了後、厚生労働省のHPでの氏名及び所属公開の可否			可 ・ 不可
⑧ 連絡先	住所 【書留での修了証送付先】		
	〒		
	電話番号		
	FAX番号		
	E-mail		

※ 研修会終了後に発行される修了証に使用しますので楷書で漏れのないようにご記入ください。

※ 記入された個人情報については、本研修以外の目的で使用することはありません。