

市立池田病院 緩和ケア研修会受講申込書【FAX用】

(フリガナ)

氏名 _____ [男 ・ 女] _____ 年齢 _____ 歳

※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。

■連絡先 (施設・自宅)

住 所 (郵便番号 _____) _____

電話番号 _____ FAX _____

施設名・所属(科) _____

役 職 _____

職 種 ・ 医師 ・ 研修医師 ・ 歯科医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師
・ その他(_____) ※該当に○を付けてください。

医籍登録番号 _____

臨床経験 _____ 年 がん診療経験 _____ 年

オピオイド使用経験及び年数 有 (_____ 年) ・ 無 _____

E-mail _____

研修終了後、厚労省ホームページでの氏名・所属・所属科の公開 可 ・ 不可 _____

↓次の事項を確認し、チェックを記入したうえで、送信してください。

e-learning の受講を修了し、修了証書のコピーを添付している

■申込連絡先

〒563-8510 大阪府池田市城南 3 丁目 1 番 18 号
市立池田病院 担当：総務課 総務担当
TEL：072-751-2881
FAX：072-754-6374