

第16回 高松赤十字病院緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな

氏名

年齢

才

※1

医籍登録番号

郵便番号

※1 厚生労働省へ参加予定者名簿を提出する際、記載が必要です。

住所

(施設 ・ 自宅)

電話番号

FAX

E-mail

施設名

所属・診療科

役職名

職種

臨床経験

年

緩和医療経験

年

e-learning修了証書ID

※2

厚生労働省HP等での氏名・所属の公開

 可

.

 不可

※2 厚生労働省では、研修修了者の氏名・所属について公開を予定しています。

香川県がん診療連携協議会のHPには、がん拠点病院情報として、緩和ケア研修会の修了者名簿が掲載されます。

注意事項:

- 修了証書発行後の氏名変更には対応できません。氏名の漢字に誤りがないか再確認ください。なお、氏名の漢字に外字を使用しなければならない場合は、下記担当までご連絡ください。
- 連絡先のE-mailアドレスは、携帯電話以外のものご記入ください。
- 「e-learning修了証書」を添えて、お申し込み下さい。

【問合せ先】

TEL:087-831-8131 (内線 1170)

〒760-0017 高松市番町4-1-3

FAX:087-863-4060

高松赤十字病院 地域医療連携課 宮武

E-mail:gansodan@takamatsu.jrc.or.jp