

第19回 藤枝市立総合病院 緩和ケア研修会(集合研修)参加申込書

(申込先) 医療情報分析室診療情報分析係 長谷川宛

F A X : 0 5 4 - 6 4 6 - 1 3 3 0

E - m a i l : him@hospital.fujieda.shizuoka.jp

下記の必要事項を記入して、上記申込先までお申し込みください。

※修了証で使いますので楷書でお書きください。

※eラーニング修了証書のコピーも必ず提出して下さい。

研修会を受講するのに必ず必要になります。

フリガナ			年齢	性別
氏 名				男 ・ 女
所属する 医療機関名		診療科 又は 所属部署		
職 種	医師 ・ 看護師 その他()	左記 免許 取得	昭和・平成・令和	年
連 絡 先	電 話			
	住 所	住所は、後日送付する受講決定可否通知書及び修了証の送付希望先を記入ください。		
医籍登録番号 (医師のみ)				
研修終了後厚生労働省ホームページでの氏名公開 (医師のみ)			可 ・ 否	
お弁当(1,000 円徴収します)			要 ・ 不要	
eラーニング ID				