

第 20 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。

※修了証で使し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				