

申込日 令和 年 月 日

第 21 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 宛
FAX：054-646-1330
E-mail：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。

※氏名は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要になります。

フリガナ			年齢	性別
氏名				
所属する 医療機関名			所属または 所属部署	
職種	その他 ()		左記免許 取得年月日	() 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送付希望先を記入してください。 〒		
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	・ 不可
お弁当（1,000円徴収します。）			要	・ 不要
eラーニング ID				