

申込日 平成 30 年 月 日

第 1 2 回 藤枝市立総合病院 緩和ケア研修会参加申込書

(申込先) 藤枝市立総合病院 医療情報室診療情報分析係 増田宛

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

下記の必要事項を記入して、上記申込先まで F A X にてお申し込みください。

※修了証で使用しますので楷書でお書きください。

参加希望日程 (参加希望課程に○を、 お弁当を希望 する場合は○ を付けてくだ さい。)	2 日間全課程に参加		1 日目・お弁当	
			2 日目・お弁当	
	1 日目のみ参加 (第 1 期・第 2 期)		お弁当	
	2 日目のみ参加 (第 3 期・第 4 期)		お弁当	
	1 日目の午前のみ (第 1 期のみ)			
	1 日目の午後のみ (第 2 期のみ)			
	2 日目の午前のみ (第 3 期のみ)			
	2 日目の午後のみ (第 4 期のみ)			
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 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	