

高槻赤十字病院 緩和ケア研修会申込書

<申込受付 8月26日(月)必着>

(ふりがな) _____

氏名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

※ 厚生労働省からの修了証で使用しますので、楷書でご記入ください。

・ 所属施設 _____ ・ 所属科 _____

・ 役職 _____ ・ 専門分野 _____

・ 職種 ※1~3 いずれかに○印を付けてください。

1. 医師 2. 研修医 3. 歯科医師 4. その他(医籍登録番号 _____)

※医籍登録番号は厚生労働省提出資料に記載いたしますので必ずご記入ください

・ 臨床経験 _____ 年 ・ 緩和医療経験 _____ 年 ※記入必須

・ 研修修了後厚生労働省及び大阪府ホームページでの氏名公開 1. 可 2. 不可

・ 当日昼食<弁当>(希望の方は当日別途 1000円程度徴収させていただきます) 1. 要 2. 不要

※いずれかに○印を付けてください

【ご連絡先】

・ 住所 (所属施設 自宅) 〒 _____ - _____

・ 電話番号/携帯 _____ / _____

(日中連絡の付く連絡先をご記入ください)

・ スマートフォン・タブレット等所有の有無 1. 有 2. 無

・ FAX _____ ・ E-mail _____

※ e-learning 修了証書を必ず添えてお申し込みください

※ 全て項目、記入漏れの無いようお願いいたします。

※ 参加者の決定は原則先着順ですので、定員に達し次第申し込みを締め切りさせていただきます。

受講の可否については、9月2日以降書面にてご記入の住所に郵送いたします。

<<お問合せ・申込先>>

高槻赤十字病院 〒569-1096 高槻市阿武野 1-1-1

担当：人事課 山崎

TEL:072-696-0571(内線610)/FAX:072-696-1228