送付先

静岡県立静岡がんセンター

疾病管理センター　事務局　宛

FAX　055-989-5713

E-mail　gankyoten@scchr.jp

静岡県立静岡がんセンター

がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会参加申込書

申込日　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | 性別 | 男  女 |
| 氏名 | |  | | | |
| 所属施設 | |  | | | | | |
| 所属部署 | |  | 役職 | |  | | |
| 職種 | | 医師　歯科医師　看護師　薬剤師　栄養士　その他 | | | | | |
| その他の場合 | | | | | |
| 経験年数 | |  | 医籍登録番号 | |  | | |
| 修了証書送付先  勤務先　自宅 | | 住所　〒 | |  | | | |
|  | | | | | |
| 連絡先 | 電話 |  | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | |
| e-learning ID | |  | 修了年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 厚生労働省が、所属と氏名を公開することに　　　承諾する　　　承諾しない | | | | | | | |

※e-learning修了証書のコピーを添付し、メールまたはFAXでお申込みください。

申込締切後、御記入いただきましたメールアドレスへ受講の御案内を送信させていただきます。