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。