

第15回 市立函館病院「緩和ケア研修会」参加申込書

(ふりがな)				
氏 名		男・女	年 齢	歳
所 属・役 職	※ 所属については、「〇〇科」など部署名までご記入ください。			
職 種・医 籍 登 録 番 号	(職種)	(医籍登録番号)※医師の方のみ		
		第		号
専 門 領 域				
が ん 診 療・緩 和 ケ ア 経 験 年 数	(がん診療)	年	(緩和ケア)	年
が ん 患 者 に 対 す る 麻 薬 使 用 経 験	有 ・ 無			
e-learning ※修了者以外は受講できません	修了済み ・ 未修了			
厚 生 労 働 省 HP へ の 氏 名・所 属 公 開	研修終了後、厚生労働省HPへ氏名・所属が公開されます。			
ご 連 絡 先	住 所	〒 ー		
	電 話 番 号	()	ー	
	F A X 番 号	()	ー	
	Eメール アドレス			

【あて先】 市立函館病院 事務局 地域連携課 研修会事務担当 武田／小久保

(〒041-8680 函館市港町1丁目10-1)

電 話 0138-43-2000(内線4272)

F A X 0138-43-8310

Eメール renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp