

第16回 市立函館病院「緩和ケア研修会」参加申込書

(ふりがな)	はこだて	たろう			
氏 名	函 館 太 郎		男・女	年 齢	35 歳
所 属・役 職	市立函館病院 消化器内科 医長 ※ 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			
	医 師		第	000000	号
専 門 領 域	肝臓疾患				
がん診療・緩和ケア 経験年数	(がん診療)	10	年	(緩和ケア)	5 年
がん患者に対する 麻薬使用経験	有 ・ 無				
e-learning ID・PW	(ID)	(PW)			
	abcdef		ghijkl		
e-learning ※修了者以外は受講できません	修了済み ・ 受講中 ・ 未受講				
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	〒 〇〇〇－〇〇〇〇 函館市港町1丁目10番1号			
	電話番号	(0138) 〇〇 － 〇〇〇〇(内〇〇〇)			
	F A X 番号	(0138) 〇〇 － 〇〇〇〇			
	Eメール アドレス	〇〇〇@△△△. ×××. ◎◎. jp			

【問合せ先】 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