

## 第17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 ID・PW	(ID)	(PW)		
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	〒 ー		
	電 話 番 号	( ) ー		
	F A X 番 号	( ) ー		
	Eメール アドレス			

**【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](mailto:renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp)