

# 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)	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)	医師	(医籍登録番号)※医師の方のみ	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)	abcdef	(PW)	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	〒000-0000 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)		
	FAX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)

FAX 0138-43-8310

Eメール [renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp](mailto:renkei@hospital.hakodate.hokkaido.jp)