

# 令和1年度 諫早総合病院「緩和ケア研修会」参加申込書

F A X 番 号 : 0957-22-1184

※ 下記をご記入の上、必ずe-learning修了証書(写)とともにお送りください。

(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
e-learning ※修了者以外は受講できません	修了証書ID:			
厚生労働省等のHPへの 氏名・所属公開の可否	(医師のみ)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
ご連絡先	住 所	〒 ー		
	当日連絡が とれる電話番号	( )	ー	
	F A X 番号	( )	ー	
ノートパソコンまたはスマートフォンの持参 (ネット環境に繋がることができるもの)		<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
* 昼食(弁当)の注文について	事前に注文を行います。(500円で当日料金と引き換え) 2月16日の弁当 ( 注文 ・ 不要 )			

【連絡先】 諫早総合病院 緩和ケア研修会運営委員会

担当 小林(医事課)

〒854-8501 長崎県諫早市永昌東町24番1

TEL : 0957-22-1380(内線2270)

FAX : 0957-22-1184