

2024 年度香川労災病院緩和ケア研修会 参加申込書

施設名 _____

診療科または所属部署 _____

職 種 _____

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 有 ・ 無

ふりがな

氏 名 _____

医籍登録番号 _____ (医師のみ)

※厚生労働省へ参加予定者名簿を提出する際、記載が必要となります。

年 齢 _____

郵便番号 _____ (☐ 施設 ☐ 自宅)

※郵便番号は 7 桁の数字を連続して入力してください。(例 7638502)

住 所 _____

電話番号 _____

F A X _____

メールアドレス _____

※携帯電話以外のものをご記入ください。

e-ラーニング ID _____

または e-ラーニング修了証書を添付

(e-ラーニング受講修了前でも申し込み可。研修会当日までに修了し証書を提出してください)

厚生労働省 HP 等での氏名・所属の公開の可否 ☐ 可 ☐ 不可

※厚生労働省では、研修修了者の氏名・所属について公開を予定しております。

問い合わせ先 〒763-8502 丸亀市城東町 3-3-1 香川労災病院

総務課 藤本 TEL : 0877-23-3111 (代表) FAX : 0877-24-1147 Mail : soumu02@kagawah.johas.go.jp