

山鹿市民医療センター緩和ケア研修会参加申込書

ふりがな

氏名 _____ ※修了証で使用するもので、楷書でお書きください

年齢 _____ 歳

住所(施設 ・ 自宅) ※どちらかに○を付けてください

〒 _____

電話番号(_____) - _____ FAX(_____) - _____

施設名・所属 _____ ※所属部科までご記入ください

職種 _____ 役職 _____

医籍等登録番号 第 _____ 号 医籍等登録年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

※医師の方のみ記入願います

臨床経験 _____ 年 緩和医療経験 _____ 年

E-mail _____

研修終了後、厚生労働省・熊本県HPでの氏名公開 _____ 可 ・ 不可

※どちらかに○を付けてください

e-learning修了証書ID _____

昼食のお弁当(当日 1,000 円徴収させていただきます) _____ 要 ・ 不要

※どちらかに○を付けてください

*e-learningの修了証書の写しを添付のうえ郵送・持参・FAXの

いずれかでお申し込みください FAX :0968-44-0071

締切 令和 8 年 10 月 30 日(金)

【申し込み・お問い合わせ先】

〒861-0593 熊本県山鹿市山鹿 511 番地 山鹿市民医療センター 地域医療連携室 担当:西田・今坂
TEL 0968-44-2185(代表) FAX 0968-44-0071 E-mail:hp-renkei@yamaga-mc.jp