

「三豊総合病院緩和ケア研修会」参加申込書

ふりがな

氏名

年齢

才

ログインID

医籍登録番号

※ 厚生労働省へ参加予定者名簿を提出する際、記載が必要です。

郵便番号

住所

施設

自宅

電話番号

FAX番号

E-MAIL

施設名・所属

役職名

臨床経験

年

緩和医療経験

年

研修終了後厚労省HP等での氏名公開

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います。

注意事項:

○修了証書発行後の氏名変更には対応できません。氏名の漢字に誤りがないか再確認下さい。

○連絡先のE-Mailアドレスは、携帯電話以外のものをご記入ください。

【問合せ先】

TEL:0875-56-3305

〒769-1695 観音寺市豊浜町姫浜708番地

FAX:0875-56-3306

三豊総合病院 地域医療連携課 葛原

E-MAIL:renkei3305@mitoyo-hosp.jp