

香川大学医学部附属病院緩和ケア研修会参加申込書
 (平成28年7月17日(日)～18日(月・祝日)開催)

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生 () 歳	
医籍登録番号	第 号		
施設名			
所属			
役職			
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療従事者()		
臨床経験		年	
緩和医療経験		年	
住所 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅	〒 香川県		
E-Mail			
電話番号			
FAX			
研修終了後厚生労働省HP等での氏名公開	<input type="checkbox"/> 可	・	<input type="checkbox"/> 不可

※御記載いただいた氏名等で修了証書を発行しますので、手書きの場合は楷書で記入してくださいようお願いいたします。

募集期限：平成28年6月17日(金)

申込先 香川大学医学部 医事課医療支援係

Mail : ganshien@med.kagawa-u.ac.jp

FAX : 087-891-2060