

第2回 高松赤十字病院緩和ケア研修会 参加申込書

ふりがな

氏名

年齢 才

※1  
医籍登録番号

郵便番号

※1 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。

住所 (  施設・ 自宅 )

電話番号

FAX

E-mail

施設名・所属

役職名

臨床経験 年

緩和医療経験 年

※2

厚生労働省HP等での氏名・所属の公開  可 .  不可

※2 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。

香川県がん診療連携協議会のHPIには、がん拠点病院情報として、緩和ケア研修会の修了者名簿が掲載されます。

注意事項:

- Excelファイルに入力の上、添付ファイルとしてメールにてお申し込みください。
- Excelファイルは、当院ホームページより取得可能です。
- 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ください。なお、氏名の漢字に外字を使用しなければならない場合は、下記担当までご連絡ください。
- 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:087-831-8122 (直通)

〒760-0017 高松市番町4-1-3

FAX:087-834-7809

高松赤十字病院 経営企画課 四宮、久保田

E-mail:kikaku@takamatsujrc.or.jp