

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29年7月15日(土)～16日(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29年6月16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