

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30年7月7日(土)～8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30年6月7日(木)

申込先 香川大学医学部 医療支援課医療支援係
 Mail : ganshien@med.kagawa-u.ac.jp
 FAX : 087-891-2060