令和元年度 香川県立中央病院　緩和ケア研修会　参加申込書

 　　　　　　　　　　　　 　令和元年12月1日（日）開催

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ ふ　り　が　な ）氏 名　 |  | 年 齢 | （ 　　 　）歳 |
| 施　 設 名 |  |
| 所 属（診　療　科） |  |
| 役 職 |  |
| 職 種 | □医師 　　□歯科医師 □看護師 　 □薬剤師　　 □臨床検査技師　　□放射線技師　 □理学療法士　 □作業療法士　 □管理栄養士　 □公認心理師　□その他の医療従事者（　　　　　　　　　　） |
| 医 籍 登 録 番 号（医師、歯科医師のみ） | 第（ 　　　　　　　　　　）号 |
| 臨 床 経 験 | （　　　　　）年 |
| 緩 和 医 療 経 験 | □有 　（　　　　　）年□無 |
| 住 所　　 | □施設 　〒□自宅 |
| 電 話 番 号　 | □施設 　　　　　　□自宅 |
| Eメール・アドレス | □施設 　　　　　　□自宅 |
| F A X 番 号 | □施設□自宅 |
| e-ラーニング修了証書I D | ※「e-ラーニング修了証書」を添えて、お申し込み下さい。 |
| 研修終了後、厚生省H P等での氏名公開 | □可□不可 |

【申込期限】令和元年10月7日（月） 　　　 【お申込み、お問合せ先】

香川県立中央病院　緩和ケアセンター

〒760-8557　高松市朝日町1丁目2番1号

担当：三好（IP/5430）、萱原（IP/5316）

TEL：087-811-3333（内線/3005）

FAX：087-802-1160

E-Mail：kanwa@chp-kagawa.jp