

平成30年度 香川県立中央病院 緩和ケア研修会 参加申込書

平成30年12月2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 | <input type="checkbox"/> 医師、歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他、医療従事者 () | | |
| 医籍登録番号 (医師、歯科医師) | 第 ()号 | | |
| 臨床経験 | ()年 | | |
| 緩和医療経験 | <input type="checkbox"/> 有 ()年 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 施設 〒 <input type="checkbox"/> 自宅 | | |
| 電話番号 | | | |
| Eメール・アドレス | | | |
| FAX番号 | <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 | | |
| e-ラーニング修了証書ID | ※「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 HP等での氏名公開 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 | | |

【申込期限】平成30年9月28日（金）

【お申込み、お問合せ先】

香川県立中央病院 緩和ケアセンター準備室
 〒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